

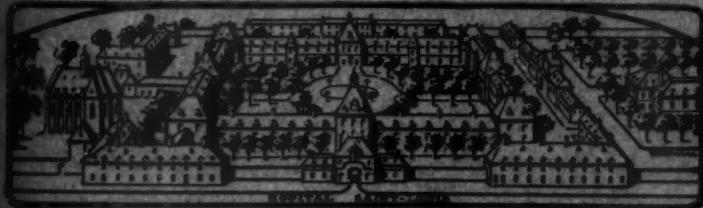
ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE
FONDÉES PAR A. DOYON

SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROUQ (Paris). — J. DARIER (Paris).
W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSÉLME (Paris).
J. NICOLAS (Lyon). — R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBERGE (Paris)
et P. RAVAUT (Paris)

ÉDITEURS EN CHANTIER



MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Dr Paul RAVAUT, 17, rue Ballu, Paris IX^e. (Téléph. : Gutenberg 04.92).

Prix de l'abonnement pour 1922 (12 numéros à paraître).

France : 40 fr. ; Etranger : 45 fr.

Le numéro : 4 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.

L'abonnement aux Annales de Dermatologie donne droit au service gratuit du Bulletin de la Société de Dermatologie.

GAZE-EMPLATRE pour pansement

TULLE ADHÉSIF PERMÉABLE A L'AIR

GAZE GRASSE ANADHÈRE

PERMÉE PAS A LA PEAU — RICHTHABERTE

Simple — B. du Pérou

Icthyol — Collargol

etc.

EMPLATRES

OXYDE

DE ZINC

ROUGE DE VIDAL

VIGO fin, souple.

Huile de cade — Icthyol.

PYROGALLIQUE, SALICYLIQUE, etc.

COLOPLASTRE ADHÉSIF en 200

en BOBINES de 1-2-3-6 m.

remplace le leucoplaste Allemand

ÉGALISATION. VENTE EN BOÎTE. CONSERVÉ : CAVAILLES

24, Rue de TURIN, à PARIS. — Tél. L. 19-43

Détail : Pharmacie, 6, rue du 4-Septembre, Paris et Ph.

ÉPILEPSIE

Nouveau Traitément absolument inoffensif par le Tartrate Borico-Potassique soluble et où l'on peut prendre l'apaisante.

de L. PACHAUT

Tablets de 1 gr., 2 gr., 3 gr., 4 gr. et 5 gr. — DOSE MOYENNE : De 3 à 4 gr. par jour. — Pour les enfants, suivant l'âge ; dissoudre dans de l'eau au moment de l'emploi un tube à prendre en 3 ou 4 fois, suivant l'indication du Médecin. — L. PACHAUT, 130, 6^e Haussmann, Paris 1^{er}

PHOSPHOGENE DE L. PACHAUT

Tonique du système nerveux, non ayant d'action nuisible dans les diverses DERMATOSES. Recommandé dans les maladies dépressives. Un cachet à déjeuner et dîner. 130, 6^e Haussmann, PARIS, et toutes Pharm.

VALERIANE liquide de L. PACHAUT

Recommandée par le Corps Médical dans les PRURITS et en particulier dans les PRURITS d'origine nerveuse ; à 6 cuillerées à soupe par jour. — 130, 6^e Haussmann, PARIS, et toutes Pharm.

DE
NO.
TIDAL
S.
OL.
EJE, mm
200
35 cm
d

03
Phone

0010
0110

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000



TRAVAUX ORIGINAUX

DERMATITE ÉRYTHÉMATO-PAPULEUSE EN PLAQUES, DE CAUSE INTERNE, PROVOQUÉE PAR L'APPLICATION D'UN VÉSICATOIRE

Par MM. JEANSELME et BLAMOUTIER.

L'intoxication par les cantharides se manifeste surtout par des symptômes rénaux et vésicaux. En dehors des érythèmes apparaissant au lieu même d'application des vésicatoires on ne constate pas sur le reste des téguments de lésions cutanées spéciales. Les traités classiques n'en font pas mention. Le cas que nous venons d'observer mérite donc d'être signalé.

Observation : Notre malade est une femme de 44 ans; elle est venue nous consulter, le 1^{er} février 1922, pour de larges placards papulo-érythémateux siégeant aux jambes, aux avant-bras et aux fesses.

Elle a toujours joui d'une parfaite santé, elle n'a jamais présenté de dermatose. Se sentant fatiguée et se plaignant d'une douleur lombaire fort pénible, ressemblant à un lombago, on lui appliqua le 24 janvier à 21 heures, au niveau de la région lombaire, un vésicatoire large de 12 centimètres, haut de 10, qu'elle laissa jusqu'au lendemain matin à 6 heures, soit donc pendant 9 heures. Il se forma une énorme bulle qui fut incisée; la surface sous-jacente suinta et suppura pendant cinq jours. Du 24 au 30 janvier, elle resta à la chambre, ne consommant que du lait et des purées, sans prendre un seul médicament, antipyrine, aspirine notamment. Elle avait de l'inappétence, se sentait frissonnante, mais elle ignore quelle était sa température exacte. Ayant constaté, le 30 janvier, en divers points du corps l'apparition d'un érythème s'accompagnant bientôt d'une sensation de cuisson et de prurit; elle vint à l'hôpital. A notre premier examen, elle présentait: sur toute la hauteur de la face d'extension des avant-bras, un érythème en plaques du type papulo-érythémateux, à bords fort nets, circinés, non surélevés, uniformément rouge violacé, lisse, luisant, chaud; il était bilatéral et symétrique; il ressemblait tout à fait à une plaque d'angioleucite ou d'érysipèle sans bourrelet. Sur la face interne de chaque cuisse un placard large comme une main présentait les mêmes

caractères. Un érythème en tâches, également papuleux, à bords dentelés était appréciable aussi sur la face externe du tiers inférieur de chacune des deux jambes. En aucun de ces points, ni vésicules, ni bulles, ni pustules, aucune tâche purpurique, aucun élément ortié, ressemblant à une poussée urticarienne. Aucune réaction ganglionnaire. Pas de signes généraux. Les viscères étaient normaux ; la malade ne présentait aucun trouble de la fonction urinaire : les urines étaient rares, mais ne contenaient pas d'albumine. Il n'y avait pas d'état saburrel des voies digestives. La malade fut mise au régime lacté ; la sensation de cuisson, le prurit que celle-ci accusait furent rapidement calmés par une pâte inerte.

De larges plaques bilatérales et symétriques, présentant les mêmes caractères que les précédentes apparurent le 3 février, au niveau des deux fesses et se développèrent sous nos yeux.

Les mains étaient indemnes, ce qui écarte toute idée de transport en d'autres points des téguments du liquide contenu dans la bulle primitive du vésicatoire.

La malade quitta l'hôpital, le 8 février, ne présentant plus au niveau des régions atteintes, qu'une coloration un peu plus foncée que normalement.

En dehors de l'origine cantharidienne, nous n'avons trouvé aucune cause qui puisse expliquer cet érythème : intoxication alimentaire ou médicamenteuse par exemple. Il s'agit donc d'une intoxication de cause interne, consécutive à l'application d'un vésicatoire, évoluant sous la forme d'une dermatite érythémato-papuleuse et ressemblant à un érythème polymorphe, bien que nous n'ayons observé chez notre malade aucun des signes que l'on rencontre habituellement au cours de l'intoxication par les cantharides : signes de cystite, albuminurie. Il est vrai que l'albuminurie rencontrée en pareil cas est souvent transitoire et qu'elle a pu passer inaperçue avant notre premier examen.

N'ayant pas trouvé dans la littérature médicale de fait de ce genre, cette observation nous a paru intéressante à rapporter.

LE SYNDROME SYPHILITIQUE DU BOURGEON INCISIF

Par MM. J. NICOLAS, G. MASSIA et D. DUPASQUIER

La syphilis de l'os incisif est encore peu connue. Si l'on consulte la littérature médicale à ce sujet, c'est à peine si l'on y trouve quelques observations éparses de cette affection ; mais nulle part on ne découvre d'étude d'ensemble sur les effets du tréponème au niveau de l'os intermaxillaire, effets qui cependant sont multiples si l'on songe que cet os est susceptible de recevoir l'empreinte de la syphilis dès la vie intra-utérine et pendant toutes les périodes, même les plus avancées, de la maladie. Envisagée sous un tel jour, la syphilis de l'os incisif apparaît comme un sujet très vaste s'étendant non seulement aux manifestations tertiaires de la syphilis sur cet os mais encore aux stigmates dystrophiques qui l'atteignent dans son tissu ou dans ses annexes, et qui témoignent de l'activité du processus spécifique au cours du développement embryonnaire. Il nous a semblé pour cette raison qu'il était légitime de donner à l'ensemble de ces lésions le nom de syndrome syphilitique du bourgeon incisif plutôt que celui de syphilis de l'os incisif, afin de tenir compte dans cette appellation de la diversité des formes empruntées par l'infection à ce niveau, et de la part qui revient aux lésions congénitales parmi les types d'altération syphilitique de cette région osseuse. D'ailleurs pour bien définir ce que l'on entend par bourgeon incisif, nous ferons précéder notre étude pathologique d'un aperçu embryologique et anatomique qui mettra en relief son individualité.

1. — ÉTUDE EMBRYOLOGIQUE ET ANATOMIQUE DU BOURGEON INCISIF

Le développement embryologique de l'os incisif a soulevé depuis longtemps parmi les anatomistes d'importantes discussions qui n'ont pas encore abouti de nos jours à un accord complet. On sait que *dans les premières semaines de la vie embryonnaire la région de la face est représentée par des bourgeons* :

en haut le bourgeon frontal, en bas et sur les côtés les deux premiers arcs branchiaux, encore appelés *arcs faciaux, mandibulaires ou maxillaires*.

Le *bourgeon frontal* est la partie de l'extrémité céphalique qui surplombe la cavité buccale (fig. 1). Convexe au niveau de sa face antéro-supérieure, il présente une face inférieure plane, comme abrasée (Tourneux), séparée de la précédente par un

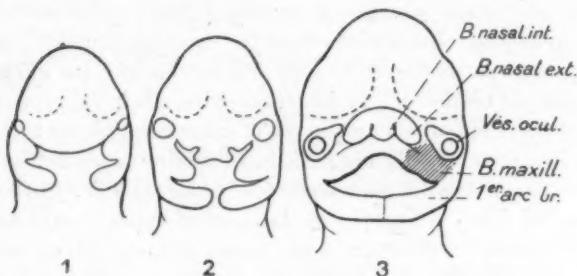


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Développement de l'os incisif.

En pointillé : le *bourgeon frontal*.

En haehures : le *bourgeon maxillaire supérieur*.

bord libre de contour régulier. Celui-ci, dans le cours de la 3^e semaine, se creuse d'une échancrure médiane divisant la partie antérieure du *bourgeon frontal* en deux *bourgeons secondaires*, les *bourgeons nasaux*. Chacun d'eux, vers la fin de la 4^e semaine (embryon de 4 millimètres) se subdivise à son tour pour donner naissance aux *bourgeons nasaux externes* et *nasaux internes*, ces derniers ne tardant pas à se souder l'un à l'autre par leur face correspondante (fig. 2).

De très bonne heure, alors que l'embryon mesure seulement 2 à 3 millimètres, on voit se soulever sur les *parties latérales du premier arc branchial* un *bourgeon* qui se porte en haut et en avant vers le *bourgeon nasal interne* situé du même côté, avec lequel il entre finalement en *coalescence* (fig. 3). Cette émanation de l'*arc facial*, destinée à donner naissance entre autres formations à la majeure partie du *maxillaire supérieur*, porte le nom de *branche ou de bourgeon maxillaire supérieur*. De la partie postérieure de chacune de ces branches s'échappent deux nouveaux *bourgeons* ; le *bourgeon palatin ou lame palatine*

(Kölliker) et le *bourgeon ptérygo-palatin*. Les *lames palatines* s'avancent horizontalement à la rencontre l'une de l'autre, se fusionnent entre elles sur la ligne médiane et s'unissent par leur extrémité antérieure aux *bourgeons nasaux internes* (commencement du 3^e mois). Ainsi se trouve constituée la partie antérieure de la voûte palatine complétée en arrière par les lames des *bourgeons ptérygo-palatins*. Quant aux *bourgeons nasaux internes*, limités en dehors par la branche maxillaire supérieure, en arrière par la lame palatine et en dedans par la face correspondante du *bourgeon symétrique* ils vont devenir les **BOURGEONS INCISIFS**, premiers rudiments des os incisifs ou intermaxillaires.

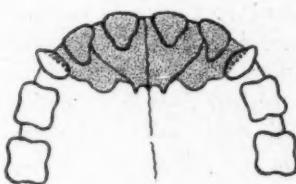


Fig. 4.
La suture intermaxillaire d'après la théorie d'Albrecht.

Mais ici la question se pose de savoir si la formation de l'os incisif est due au seul *bourgeon nasal interne* ou si elle réclame le concours d'autres éléments embryonnaires.

Göthe (1786) et Coste considéraient que l'os incisif se développe exclusivement aux dépens des *bourgeons nasaux internes*, chacun d'eux donnant naissance à un os intermaxillaire situé de chaque côté de la ligne médiane et supportant deux incisives, l'une centrale, l'autre latérale.

A une époque plus récente (1872), Albrecht (1), s'appuyant sur l'anatomie pathologique du bec de lièvre, s'est efforcé de démontrer que le développement du *bourgeon incisif* n'appartient pas uniquement au *bourgeon nasal interne*. Il existe en réalité quatre os incisifs différents : deux internes formés par les *bourgeons nasaux internes*, portant les incisives médianes et deux externes qui proviennent des *bourgeons nasaux externes* venant s'insinuer entre les *bourgeons nasaux internes* et le *bourgeon maxillaire*.

(1) ALBRECHT. *Zool. Anzeiger*, Leipzig, 1879, et *Soc. d'Anthropologie de Bruxelles*, octobre 1882.

laire supérieur et qui supportent les incisives latérales. La suture d'Albrecht sépare l'os incisif interne de l'externe (fig. 4).

« Les quatre os intermaxillaires sont aisément reconnaissables sur des fœtus humains du 5^e au 6^e mois » (1), et Gilis a rencontré sur un fœtus de 6 mois les deux os intermaxillaires divisés de chaque côté en deux pièces parfaitement distinctes (2). « La suture interincisive ou intermédiaire (suture d'Albrecht) disparaît ensuite rapidement et c'est ce qui explique l'erreur des observateurs qui ne décrivent que deux os intermaxillaires » (3). Mais la théorie d'Albrecht a contre elle ce fait que les recherches de Kölliker et de His, confirmant celles de Coste ont établi l'absence de participation du bourgeon nasal externe à la formation de l'orifice buccal. Aussi deux auteurs modernes ont-ils cherché à expliquer la présence de quatre os intermaxillaires à un moment donné de la vie embryonnaire, soit en faisant intervenir le bourgeon maxillaire supérieur dans la formation de l'os intermaxillaire externe (Biondi, 1888), soit en admettant l'existence de deux points d'ossification au niveau du bourgeon nasal interne (Warynski, 1888).

Pénétrer davantage dans une discussion des opinions diverses émises sur l'embryogénie de l'os incisif nous entraînerait trop loin de notre sujet. Qu'il nous suffise avant de terminer cette courte étude de faire une remarque importante. L'os incisif, d'après les théories classiques, est exclusivement formé aux dépens d'un prolongement du bourgeon frontal, les autres parties du maxillaire supérieur étant constituées par la branche maxillaire issue elle-même du premier arc branchial. L'os incisif possède donc, dès son origine embryologique, par rapport au reste de l'os dont il fait partie une individualité propre. Celle-ci se prolonge dans certaines conditions au-delà de la naissance et nous allons la retrouver dans la description anatomique que nous nous proposons d'esquisser.

Galen fit de l'os intermaxillaire la première étude chez l'homme, en la rapportant à ce qu'il observait chez le magot. Puis son existence fut rejetée par Vésale « et après lui par tous les anatomistes, qui, aveuglés par l'esprit de système se sont toujours préoc-

(1) P. TOURNEUX. *Précis d'Embryologie*. Doin, 1898, p. 165.

(2) E. GILIS. *Bull. Soc. Anat.*, 1888, et *Gaz. hebdom. des Sc. méd.* de Montpellier, 1889.

(3) F. TOURNEUX, *Loc. cit.*, p. 165.

cupés avant tout de trouver des différences entre l'homme et les singes » (1). En réalité on rencontre l'os incisif aussi bien sur des maxillaires humains que sur ceux des singes et des carnivores (2). Mais, tandis que chez le singe il conserve son indépendance jusqu'à l'état adulte, il se soude chez l'homme dès le 3^e mois de la vie embryonnaire avec les pièces voisines du maxillaire supérieur, disparaissant ainsi en tant qu'os isolé. Chez les nègres prognathes cependant (Hamy) et surtout chez les hydrocéphales et les rachitiques la soudure est plus tardive. Dubreuil-Chambardel, recherchant sur 1.200 crânes d'adultes les cas de carie dentaire localisée aux quatre incisives supérieures, a trouvé 9 fois une synarthrose vraie entre l'os incisif et l'os maxillaire supérieur, « c'est-à-dire une disposition rappelant la séparation primitive de ces deux os qui ordinairement se soudent, se fusionnent, pour former une pièce unique » (3). Il peut même arriver que l'os incisif reste indépendant du maxillaire. « Si l'un et l'autre ne se soudent pas avec lui il existe un petit segment osseux sur lequel sont implantés les quatre incisives et qui est circonscrit par deux larges sillons réunis à angle en arrière. Ce segment est suspendu à l'extrémité antérieure de la cloison des fosses nasales et projeté en avant. Ce vice de conformation coïncide toujours avec le bec de lièvre » (4).

D'ailleurs dans la plupart des cas, on observe encore à la naissance des vestiges de la suture intermaxillaire comme l'ont constaté de nombreux auteurs et plus spécialement Hamy : « Très nette à la face palatine, dit-il, où elle part de l'interstice de la canine et de l'incisive externe, et quelquefois d'un point situé un peu en dehors de cet interstice, elle décrit sur la voûte du palais une courbe flexueuse, à concavité inférieure plus ou moins prononcée, et pénètre dans le trou palatin antérieur... Sur le plancher des fosses nasales, elle parcourt d'abord une courbe très courte, à concavité postérieure, et en montant sur la branche, une

(1) L. TESTUT, *Traité d'Anat. Hum.* T. I, Doin, 1905, p. 204.

(2) L. TESTUT, *Loc. cit.*

(3) L. DUBREUIL-CHAMBARDEL (de Tours) « Sur une affection particulière des incisives supérieures », *Bull. de l'Acad. de Médecine*. Séance du 21 janvier 1919, p. 84 et 85.

(4) A. DECHAMBRE, *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*. 2^e série T. V, p. 270.

troisième courbe de même rayon que la seconde mais concave en avant » (1).

Albrecht (2), auteur de la théorie des quatre os, admet la duplicité de la suture intermaxillaire, mettant ainsi ses idées en accord avec les constatations faites par Leuckart (3) sur une dizaine de crânes et plus tard par Testut : « De chaque côté du conduit palatin antérieur considéré par son extrémité buccale, écrit cet auteur, on voit partir la suture normale qui réunit l'os intermaxillaire au maxillaire supérieur proprement dit. Puis à quelques millimètres plus loin, on voit cette suture se diviser en 2 branches : l'une, externe, qui se porte vers le côté interne de la dent canine, l'autre, interne, qui se dirige vers l'espace compris entre la première incisive et la seconde » (4).

Quoi qu'il en soit de ces descriptions, la ligne de démarcation entre l'os incisif et le maxillaire supérieur nous apparaît avec netteté : elle limite l'os sur son côté postéro-externe. La face interne de celui-ci est soudée sur la ligne médiane avec celle de l'os symétrique et sa face antérieure libre est recouverte par la muqueuse gingivale. La face supérieure fait partie du plancher des fosses nasales et forme la portion la plus interne de l'apophyse montante. La partie inférieure enfin, de forme cuboïde, loge les deux incisives et constitue le quart antérieur de l'apophyse palatine. Tels sont les caractères anatomiques de l'os incisif.

Ainsi individualisé au double point de vue de l'embryologie et de l'anatomie, l'os intermaxillaire peut être le siège de lésions douées d'une personnalité propre parmi les accidents qui constituent la pathologie osseuse de la syphilis. Pour des raisons qu'il y aurait grand intérêt à connaître, l'os incisif au même titre que le crâne, le tibia, le sternum et la clavicule par exemple, est un lieu d'élection de la syphilis, un point faible du système osseux en face de l'infection tréponémique. Nous fixerons cette idée avec plus de netteté en l'exprimant par une formule qui résume bien notre pensée : « *Il existe un syndrome syphilitique de l'os incisif ou pour mieux dire du bourgeon incisif* ». Et c'est là ce que nous voulons nous efforcer de démontrer.

(1) HAMY, L'os intermaxillaire de l'homme à l'état normal et pathologique, *Thèse de Paris*, 1868.

(2) ALBRECHT, *Loc. cit.*

(3) LEUCKART, Untersuch. über das Zwischenkieferbein des Menschen und seiner normalen und abnormalen Metamorphose, *Stuttgart*, 1840

(4) L. TESTUT, *Loc. cit.* p. 205.

II. — PATHOLOGIE SYPHILITIQUE DU BOURGEON INCISIF

Le tréponème ne traduit pas son influence sur le bourgeon incisif de façon univoque. D'une part, exerçant son action dystrophique sur le développement du fœtus il est capable d'entraîner l'apparition de malformations bien connues, telles que la dent d'Hutchinson et le bec de lièvre. D'autre part il peut déterminer sur l'os incisif des lésions actives, évolutives qui appartiennent au type tertiaire. Cette seconde catégorie de faits, auxquels nous réservons plus spécialement le nom de *syphilis du bourgeon incisif*, constitue un chapitre peu étudié de la *syphilis osseuse*, dont nous essayerons, à l'aide d'observations inédites ou déjà publiées de tracer les grandes lignes.

A. Lésions dystrophiques du bourgeon incisif d'origine syphilitique.

Dans une communication à la Société de dermatologie et syphiligraphie en 1896, Chompret s'exprimait ainsi : « J'appellerai de suite votre attention sur un fait qui ne paraît pas avoir frappé les auteurs. Je veux parler de l'influence dystrophique toute spéciale de l'héredo-syphilis sur la partie du maxillaire supérieur qui provient du bourgeon nasal tant interne qu'externe » (1). Cette influence se manifeste par des altérations qui peuvent atteindre soit les incisives supérieures qui sont encastrées dans l'os intermaxillaire, soit l'os lui-même.

1. Lésions des incisives supérieures.

Deux ordres de lésions peuvent se manifester à leur niveau : les unes offrent vis-à-vis de ces dents une spécificité presque absolue ; les autres, susceptibles d'apparaître sur d'autres dents ont toutefois une préférence pour les incisives supérieures.

Dans la première catégorie d'altérations, il faut comprendre la dent dite d'Hutchinson, la dent en tournevis, auxquelles on peut ajouter l'écartement des incisives médianes supérieures (Gaucher) et l'agénésie d'une ou deux incisives latérales supérieures. On

(1) CHOMPRET, *Bull. de la Soc. française de Derm. et de Syphil.*, 1896, p. 1447 (Séance du 10 déc. 1896).

sait depuis qu'Hutchinson en a donné la première description, reprise dans la suite et complétée par A. Fournier, que la dent d'Hutchinson est constituée par un caractère majeur qui « réside dans une échancrure semi-lunaire occupant le bord libre de la dent » (1), auquel s'ajoutent ou non divers attributs secondaires dont les principaux sont l'inclinaison du grand axe en dedans (dents obliques convergentes) et d'autre part le renflement au niveau du collet coïncidant avec le rétrécissement du bord libre. Cette dernière particularité donne à la dent l'aspect d'un tournevis. D'après ce que nous connaissons de sa localisation élective, la dent d'Hutchinson est une malformation à peu près spéciale au bourgeon incisif qui la réclame à bon droit dans son cadre de pathologie syphilitique. « D'une façon qu'on peut presque qualifier de constante, dit A. Fournier, elle a pour siège les incisives médianes supérieures de la seconde dentition » (2). Exceptionnellement on a pu observer l'échancrure d'Hutchinson sur les incisives centrales supérieures de la première dentition et dans la seconde dentition sur les incisives supérieures latérales et même les canines (3). Mais c'est bien le cas de dire ici que l'exception confirme la règle puisque le bourgeon incisif donne abri aux quatre incisives supérieures des deux dentitions et que suivant la description de Leuckart la suture qui sépare le bourgeon incisif de l'apophyse palatine intéresse la canine supérieure. Il n'y a donc rien de surprenant à ce que les troubles dystrophiques dans certains cas atteignent jusqu'aux canines.

On pourrait se demander si le processus syphilitique qui fait la dent d'Hutchinson frappe seulement les incisives ou s'il étend son action au tissu osseux qui les supporte. Malgré l'absence de documents anatomo-pathologiques il semble bien que le tréponème ne limite pas ses effets aux dents et qu'il exerce également son influence sur l'os incisif en formation. La dent d'Hutchinson de l'avis du Prof. Ch. Audry, ne peut plus être rapportée qu'à une localisation des spirochètes pâles dans le bourgeon intermaxillaire » (4). D'ailleurs si la pathogénie de la déformation des inci-

(1) A. FOURNIER, *La syphilis héréditaire tardive*, p. 88.

(2) A. FOURNIER, *Loc. cit.* p. 92.

(3) Il est excessivement rare que l'échancrure d'Hutchinson intéresse d'autres dents que celles que nous venons de signaler.

(4) CH. AUDRY, Sur une dent d'Hutchinson unilatérale, *Ann. de Derm. et Syphil.*, 1914-15, p. 100 et 101. Cet auteur rappelle d'autre part que Pasini a coloré des spirochètes dans l'invagination dentaire.

sives reçoit une explication suffisante d'un trouble atteignant le seul germe dentaire, n'est-il pas logique de supposer pour expliquer la déviation classique de la dent en bas et en dedans l'existence d'une altération de l'os incisif lui-même ? La solution de ce problème réclame de nouvelles recherches. Peut-être devront-elles s'orienter dans la voie ouverte par le Prof. Hutinel (1) qui a montré l'importance des lésions endocrinianes dans la pathogénie des dystrophies osseuses, dont il faut rapprocher les troubles trophiques des dents. La syphilis en ce cas agirait surtout par la déviation qu'elle impose au fonctionnement des glandes endocrines.

La dent d'Hutchinson peut offrir parfois, nous l'avons vu, l'apparence d'un tournevis. Mais cette configuration a aussi, d'après E. Fournier, son individualité et peut exister seule, sans échancrure du bord libre et sans obliquité de direction. Si nous parlons ici de cette anomalie dentaire c'est parce qu' « elle ne se rencontre que sur les incisives supérieures et tout spécialement sur les incisives médianes » (2). Constituée par un élargissement du collet de la dent, rétrécie d'autre part au niveau de son bord libre, elle se rencontre assez rarement sous une forme accusée ; mais on en observe souvent des types atténués. Sabouraud en donne une autre description. D'après cet auteur, la dent en tournevis est représentée par une incisive normale de base tandis que « son tiers qui se termine par un bord libre semble appartenir à une dent plus petite qui serait enchaînée dans la première » (3).

Le professeur Gaucher enfin considérait comme un signe certain d'héréro-syphilis l'écartement des incisives médianes supérieures (4). Même dans les cas où cette dystrophie existe seule, même si l'on est privé de renseignements sur les antécédents, en l'absence de réaction de Wassermann et dans les cas où elle est négative, cette dystrophie doit rester, selon lui, comme un stigmate révélateur d'héréro-syphilis. Aussi en raison de sa localisation a-t-elle droit de cité dans la syphilis du bourgeon incisif.

(1) HUTINEL, Glandes endocrines et dystrophies osseuses (*Arch. Méd. Enfants* 1918) et HUTINEL et SÉVENIN. Syphilis héréditaire et dystrophies (*Arch. Méd. Enfants*, février 1920).

(2) E. FOURNIER, *Recherche et diagnostic de l'héréro-syphilis tardive*. Masson, 1907, p. 119.

(3) R. SABOURAUD, La Syphilis héréditaire qu'on ignore. *La Presse Méd.*, 17 mai 1917.

(4) Prof. GAUCHER, *Annales des mal. vén.*, novembre 1913.

Il en est de même de l'agénésie d'une ou des deux incisives latérales supérieures dont certains auteurs font un symptôme de syphilis héréditaire. Récemment, à la suite de Mandelbaum et de J. Sichel, Cadenat a attiré l'attention sur la valeur de ce signe dont la pathogénie serait vraisemblablement endocrinienne (1).

Telles sont les dystrophies dentaires que la pratique ne permet pas d'observer ailleurs que sur les incisives supérieures (2). Celles-ci peuvent encore être le siège d'autres lésions, dont elles n'ont pas le privilège absolu, mais qui cependant se localisent de préférence à leur niveau, comme les érosions en cupule, le microdontisme, les sillons blancs et la dent de poisson, « malformation presque exclusive aux incisives supérieures latérales » (3). Enfin elles présentent parfois toute une série de modifications qu'elles partagent à titre plus ou moins égal avec les autres dents : érosions diverses, implantation vicieuse, dents surnuméraires, etc. Nous ne pouvons entrer dans plus de détails ; ce serait nous écarter de notre sujet puisque nous nous attachons à étudier les lésions d'origine syphilitique spéciales aux dents incisives et au bourgeon incisif qui les porte.

2. *Lésions de l'os incisif.*

L'os incisif, nous l'avons vu, peut conserver son autonomie du delà de la vie embryonnaire, dans certaines formes de bec de lièvre. Il s'agit alors de bec de lièvre uni ou bilatéral compliqué de fissure osseuse. Or cette malformation qui trouve parfois dans la syphilis sa raison d'être constitue en ce cas une autre lésion à ajouter aux altérations dystrophiques du syndrome syphilitique du bourgeon incisif.

Il ne fait de doute actuellement pour personne que la syphilis est capable de déterminer l'apparition du bec de lièvre et qu'elle est digne de prendre place à côté de l'alcoolisme (4) parmi les

(1) CADENAT, *Ann de Derm. et Syphil.*, octobre 1921, p. 405.

(2) Du moins en ce qui concerne l'échancreure d'Hutchinson et la disposition en tournevis. L'écartement anormal peut se rencontrer ailleurs que sur les incisives supérieures.

(3) E. FOURNIER, in *Syphilis*, t. II, p. 203. *Traité de Path. Méd. et de thérapeutique appliquée* (Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix). Maloine, 1921.

(4) HOESNICK, *Über experimentellserzengte Missbildungen* (79^e Versammlung der Deutscher Naturforscher und Aerzte in Dresden, 19-21 sept.

causes principales de cette malformation. Nombreux sont les faits qui plaident en faveur de son action. Déjà Kirmisson avait remarqué la coïncidence fréquente des accidents de syphilis héréditaire chez des enfants porteurs de bec de lièvre et il rapporte que sur 23 de ces derniers, 8 offraient des lésions certaines (1). Puis A. Fournier sur 247 observations d'hérédo-syphilitiques dystrophiques trouva une proportion de 12,55 % de malformations du voile palatin (2), et il n'hésite pas à affirmer le rôle étiologique de la syphilis dans certains cas de bec de lièvre (3). Dans les statistiques d'E. Fournier on relève 21 % de malformations du voile sur 75 cas de dystrophies craniennes d'origine syphilitique (4). Enfin Tarnowsky, Troisier (5), le Dr H. de Rothschild (6), pour ne citer que ces auteurs, ont également recueilli des cas de bec de lièvre chez des hérédo-syphilitiques. L'influence de la tare syphilitique chez les procréateurs est donc évidente et c'est avec juste raison qu'E. Fournier a pu écrire les lignes suivantes : « Si l'on n'a pas été frappé plus tôt des relations du bec de lièvre avec l'hérédo-syphilis, c'est que vraiment on ne s'en est guère préoccupé jusqu'à ces derniers temps. Pour les trouver, ajoute-t-il, il faut les rechercher et parfois même les rechercher loin, à savoir jusque dans la génération des grands-parents » (7). La syphilis de seconde génération, pourrait donc elle aussi jouer un rôle dans l'étiologie du bec de lièvre. Mais cela est très rare : Sur 116 observations d'E. Fournier on ne rencontre que deux cas de bec de lièvre.

Ainsi donc nous retrouvons encore ici, dans cet aperçu des origines du bec de lièvre, l'association des deux facteurs qui nous intéressent : syphilis et bourgeon incisif.

1907, et *Zentralbl. f. Chir.*, 1907, n° 43, p. 1267). — ORCHANSKY, Etude sur l'hérédité normale et morbide (*Mém. de l'Académie des Sciences de Saint-Pétersbourg*, VII^e série, t. XIII, n° 9).

(1) KIRMISSON, *Maladies chirurg. d'origine congénitale*, p. 107.

(2) A. FOURNIER, *L'hérédité syphilitique*, Paris, 1891.

(3) A. FOURNIER, *Loc. cit.*

(4) E. FOURNIER, *Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis*. Thèse inaug. Paris, 1897-1898, n° 391 et *Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive*. Paris, Masson, 1907.

(5) On trouvera les observations de Tarnosky et Troisier dans E. FOURNIER, *Rech. et diag. de l'hérédo-syph. tard.*, pp. 58 et 59.

(6) In E. FOURNIER, *Syphilis t. II*, p. 193. *Traité de path. méd. et de thérapie appliquée*. Maloine, 1921.

(7) E. FOURNIER, *Rech. et diag. de l'hérédo-syph. tard.*, pp. 58 et 59.

Elle apparaît encore dans un autre fait plusieurs fois remarqué dans l'héredo-syphilis et signalé par A. Fournier et qui consiste « dans la malformation de l'arcade dentaire supérieure, au niveau du segment correspondant aux incisives et aux canines. Cette arcade se présente là incomplètement développée comme hauteur ; de sorte que dans l'occlusion de la bouche, les incisives des deux mâchoires n'arrivent pas à s'emboîter, voire quelquefois à se toucher » (1). Il semble bien qu'une telle malformation soit en rapport avec une véritable atrophie, ou pour mieux dire un arrêt de développement de l'os incisif.

B. *Lésions évolutives de type tertiaire du bourgeon incisif.*

Comme nous l'avons remarqué au début de cet article, les observations se rapportant à la **syphilis** du bourgeon incisif, considérée dans ses lésions tertiaires, ne sont pas nombreuses. Jullien dans son traité en fait seulement une courte mention : « Il arrive souvent, dit-il, que le processus (syphilitique) se fixe **sur** les alvéoles des incisives et que cette partie du maxillaire qui les supporte, l'os incisif, devient mobile et fait saillie en avant s'offrant pour ainsi dire à l'extirpation » (2). Mais c'est en vain que l'on chercherait dans cet ouvrage la relation de faits précis.

Mauriac, sans avoir individualisé l'existence de la syphilis de l'os intermaxillaire semble l'avoir entrevue, comme le prouvent une observation que nous rapportons plus loin et le passage suivant : « On peut observer l'ostéite sur la voûte palatine et les parties inférieures de la cloison osseuse. Je l'ai vue trois ou quatre fois, sur le maxillaire supérieur, au niveau de l'arcade dentaire sur le point le plus antérieur de la voûte ou même au-dessous de la cloison cartilagineuse et derrière la lèvre supérieure » (3). « La nécrose de l'os incisif est une affection fréquente mais peu étudiée, écrit Lebedinski en 1900. « J'ai à peine trouvé dans la

(1) A. FOURNIER, *La Syphilis héréditaire tardive*, Masson, p. 142. CHOMPRET a publié 3 observations d'héredo-syphilitiques avec atrésie de la région incisive empêchant l'articulation des incisives supérieures et inférieures (*in Bull. de la Soc. fran^c. de Derm. et Syphiligraphie*, pp. 1447, 48 et 49. Compte rendu de la séance de la Société du 10 déc. 1896).

(2) L. JULLIEN, *Traité pratique des maladies vénériennes*. Baillière, 1886, p. 914.

(3) CH. MAURIAC, *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*. Baillière, 1890, p. 490.

littérature médicale, une ou deux observations de cette variété de nécrose... Ce n'est qu'en 1895 que M. Verchère a publié trois observations de nécrose syphilitique de l'os incisif » (1), sur lesquelles nous reviendrons dans un instant.

En 1881 cependant Aguilhon de Sarran dans la *France médicale* avait déjà signalé un cas de syphilis alvéolaire intéressant surtout la **région incisive**.

Plus tard, Lebedinski (1900), Chompret (1900), Amoedo (1900), Pietkiéwicz (1900), Moty (1901) et Veillard (1904) ont publié quelques cas de syphilis de l'os incisif que nous réunirons aux faits personnels que nous rapportons ici. L'ensemble de ces observations ne constitue pas un faisceau très fourni, mais il est permis de supposer qu'il le serait bien davantage si l'on pouvait dégager tous les cas de syphilis intermaxillaire que la plupart des auteurs ont englobés dans la description de la syphilis alvéolo-dentaire ou confondus avec elle.

Observation I (résumée).

(Aguilhon de Sarran, *Note sur un cas de syphilis des alvéoles dentaires* « in Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie », 1881).

Début par un peu de gonflement de la gencive suivi de la chute de l'incisive latérale droite. A sa place vaste échancrure à bords rouges, épais, coupés nettement. Alvéole remplie d'une matière blanchâtre pseudo-membraneuse. Le stylet tombe sur une large surface osseuse nécrosée et mobile. Le tout baigne dans un liquide séro-purulent jaunâtre. Pas de douleur. Extraction facile à la pince de la paroi alvéolaire tout entière.

A droite, canine un peu découverte ; à gauche, incisive centrale mobile, presque entièrement à nu.

Syphilis datant de 11 ans. Un traitement à l'iodure de potassium cicatrice les lésions en 15 jours.

Il semble bien, malgré que l'auteur ne l'ait pas signalé, que cette observation se rapporte à un cas de syphilis de l'os intermaxillaire, en raison du siège des lésions au niveau des incisives. Mais il s'agirait ici d'une forme particulière atteignant seulement le rebord alvéolaire.

(1) LEBEDINSKY, Nécrose de l'os incisif. *Revue de Stomatologie*, 1900, pp. 299 et 300.

Observation II (résumée).

(Mauriac, in *Syphilis tertiaire et héréditaire*, Bailliére, 1890, p. 337 note 1).

Chez un malade âgé de 50 ans, qui avait contracté la syphilis 17 ans auparavant et qui n'en avait éprouvé que des accidents assez peu graves, il survint de l'enchirènement et des douleurs dans la région naso-maxillaire. Les incisives, puis les canines tombèrent successivement et au bout de deux ans, la portion du maxillaire qui les supportait, fut éliminée sous forme de séquestre. Il en résulta une grande communication derrière la lèvre supérieure entre la bouche et les cavités nasales... ozène... voix nasonnée... Cette lésion était très facile à masquer au moyen d'un obturateur occupant la place des incisives et des canines ».

Mauriac avait pensé avoir à faire à une syphilose alvéolo-dentaire. Cette observation est cependant assez explicite pour permettre d'affirmer qu'il s'agit ici d'une syphilis du bourgeon incisif.

Observation III (résumée).

(Combe, in *Revue hebdomadaire de rhinologie et de laryngologie*, 1893).

X... 40 ans. Syphilis datant de 18 ans.

Novembre 1889. — Gène dans la narine gauche, sensation de gonflement et d'obstruction, sans écoulement. Traitement ioduré (1 gr. 50 par jour). Amélioration légère. Mais le côté droit se prend.

8 janvier 1890. — Depuis trois jours mouchage de pus fétide. A l'examen, pas de sinusite. Toutes les dents sont saines. L'iodure est continué.

1^{er} mai. — Apparition brusque d'un gonflement considérable de la lèvre supérieure. Incisives centrales et incisive latérale droite baignant dans le pus. Fièvre. Diagnostic : nécrose du maxillaire supérieur. Extraction des dents malades ; ouverture large du sillon gingivo-labial. Sirop de Gibert.

10 mai. — Disparition de la douleur et de la suppuration alvéolaire. Persistance du pus quand le malade se mouche.

25 mai. — Ebranlement du foyer osseux comprenant les trois alvéoles vides.

6 juin. — Elimination du séquestre constituée par :

« 1^o La partie antérieure du maxillaire supérieur comprise entre

les canines et limitée en haut par l'épine nasale antérieure. 2^o La partie antérieure des os palatins comprenant le canal palatin dans un espace de 2 centimètres et demi. 3^o Une portion du vomer et de la cloison osseuse des fosses nasales ».

10 juin. → Persistance d'une large communication entre la bouche et la fosse nasale.

Cette observation présente un double intérêt. Tout d'abord elle ne saurait être tendancieuse car la lésion du bourgeon incisif fut insoupçonnée. Et pourtant c'est bien de l'os incisif qu'il s'agit, c'est-à-dire « de la partie antérieure du maxillaire supérieur comprise entre les canines » s'étendant en arrière « jusqu'au canal palatin antérieur dans un espace de 2 centimètres et demi ».

En second lieu cette observation relate toute l'évolution du mal, depuis l'obstruction nasale douloureuse jusqu'à l'élimination du séquestre osseux par laquelle l'accident se termine. On n'aurait pu mieux faire même si le diagnostic de syphilis du bourgeon incisif avait été posé dès le début.

Observations IV, V et VI.

(Empruntées à Verchère et citées par Lebedinski, in *Revue de Stomatologie*, 1900, p. 300).

Lebedinski analyse de la façon suivante trois observations de nécrose syphilitique de l'os incisif publiées par Verchère en 1895 : « Dans la première, il s'agissait d'un malade syphilitique, chez lequel les lésions ont commencé par une ulcération du plancher des fosses nasales ; ce malade était atteint également d'empyème du sinus maxillaire.

Dans la deuxième observation, il s'agissait d'un homme de 51 ans, qui n'avait nulle trace de syphilis. La lésion a commencé par des abcès des gencives. M. Verchère, après avoir enlevé l'os incisif, a mis le malade au traitement antisyphilitique, et la promptitude, dit-il, avec laquelle s'est faite la cicatrisation, me permit de soupçonner l'existence d'une syphilis latente.

Dans la troisième observation, un médecin avait des antécédents syphilitiques. L'affection commença par une suppuration, par des fistules de la gencive au niveau des racines des dents incisives.

Dans ces trois cas, M. Verchère a enlevé l'os incisif ».

Observation VII (résumée).

(Lebedinski, *Nécrose de l'os incisif, consécutive à une gomme de la lèvre supérieure* « in *Revue de Stomatologie* », juillet 1900).

Homme de 30 ans. Syphilis à 18 ans. Apparition, à 27 ans, dans la région gingivo-labiale supérieure sur la ligne médiane d'une petite tumeur qui grossit rapidement ; elle atteint en un mois le volume d'une noix. Lèvre supérieure très volumineuse. Vive douleur au niveau des incisives supérieures, qui, sans porter aucune trace de carie, s'ébranlent cependant. Traitement ioduré. Ramollissement et ouverture de la gomme. Cicatrisation. Guérison.

A 28 ans, réapparition des accidents : chute de l'incisive centrale gauche parfaitement saine. Suppuration de la gencive dans la partie correspondante aux quatre incisives avec destruction consécutive de la muqueuse à ce niveau. Au bout de 18 mois (mars 1898) l'os incisif complètement dénudé, est devenu très mobile dans tous les sens. Il présente quantité d'orifices remplis de pus et laisse voir en partie les racines des incisives. L'incisive latérale gauche et l'incisive centrale droite sont ébranlées. Fétidité extrême de l'haleine.

L'os incisif presque entièrement nécrosé fut facilement extrait dans sa totalité. Malade en bonne voie de guérison.

Observation VIII (résumée).

(Lebedinski, *Nécrose de l'os incisif consécutive à une gomme de la voûte palatine* « in *Revue de Stomatologie* », juillet 1900).

Femme de 42 ans : antécédents syphilitiques. Présente :

1^o Une grosseur du volume d'une noisette sur la partie antérieure de la voûte palatine.

2^o Une fistule de la même région par laquelle s'écoule du pus.

3^o Une fistule de la gencive au niveau de l'incisive latérale droite.

Incisives droites ébranlées sans être cariées. Un stylet introduit dans les fistules permet de sentir de petits séquestrès mobiles.

Extraction des deux incisives droites et de séquestrès par curetage des alvéoles.

Intégrité de l'os incisif gauche.

Sirop de Gibert. Guérison rapide et complète.

Observation IX (résumée).

(Chompret, in *Revue de Stomatologie*, 1900, p. 295).

Homme de 45 ans, consulte le 13 décembre 1899 parce que ses incisives deviennent branlantes. Ses dents n'ont jamais eu besoin d'être soignées. En arrière des incisives centrales petites ulcérations conduisant sur l'os dénudé. Extrême mobilité des incisives centrales, surtout de celle de droite, qui est extraite, laissant voir un alvéole nécrosé. Petites ulcérations gommeuses des amygdales. Traitement antisyphilitique intensif. Guérison rapide des lésions amygdaliennes. Elimina-

tion, le 30 décembre, d'un séquestre comprenant la partie médiane droite de l'os incisif. Cicatrisation parfaite le 20 janvier 1900. Pose d'un appareil de prothèse.

Observation X.

(Chompret, in *Revue de Stomatologie*, 1900, p. 296).

Il s'agit « d'un dentiste, M. B... âgé de 33 ans, entré en mai 1899 dans le service du Prof. Fournier pour une ulcération de la muqueuse palatine dans la région incisive. Ce malade porteur de syphilides cutanées très nettes perdit toutes ses incisives et son os incisif nécrosé lui fut enlevé par le docteur Morestin à la fin du même mois de mai 1899 ».

Observation XI (résumée).

(Chompret, in *Revue de Stomatologie*, 1900, p. 296).

Syphilitique présentant autour de la canine droite cariée des lésions semblables à celles du malade de l'obs. X. Elimination de la dent et d'un séquestre alvéolaire. Traitement mercuriel et ioduré. Quelque temps après élimination de la presque totalité de son os incisif.

Observation XII (résumée).

(Amoedo, in *Revue de Stomatologie*, 1900, p. 322).

L'auteur rapporte le fait suivant : « Il s'agissait d'un ancien syphilitique qui avait eu la vérole 25 ans auparavant et qui dernièrement à la suite d'un accès de grippe fut atteint d'une nécrose suivie d'expulsion de l'os incisif côté droit. Ce malade fortement musclé avait une articulation dentaire très défectueuse, ses incisives articulaient bout à bout et toute obturation faite sur ces dents tombaient en peu de temps, car, n'ayant pas de molaires, il était contraint de mastiquer avec les incisives. Ce traumatisme constant détermina une pyorrhée alvéolaire qui fut suivie de la nécrose de l'os ».

Observation XIII.

(Pietkiéwicz, in *Revue de Stomatologie*, 1900, p. 320).

L'auteur « a eu l'occasion au début de ses études médicales d'observer des cas de syphilis limitée à l'os incisif. Un de ses malades atteint de nécrose syphilitique du maxillaire supérieur était joueur de

flûte. Le traumatisme qu'exerçait la pression de l'instrument et la percussion répétée de la langue expliquait la localisation de la syphilis ».

Observation XIV (résumée).

(Moty, *Note sur l'état des dents dans la syphilose du maxillaire supérieur* in « *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* », 1901).

Jeune fille atteinte de syphilis héréditaire ignorée. A l'âge de 8 ans, mouchage de débris d'aspect particulier. A 11 ans, apparition de très vives douleurs dans le maxillaire supérieur et de céphalées intenses. Effondrement du palais et de la charpente osseuse des fosses nasales. A 30 ans la malade est vue pour la première fois par l'auteur. Traitement ioduré pour combattre les douleurs céphaliques et la suppuration osseuse fétide qui dure depuis deux ans.

L'auteur insiste surtout sur les lésions syphilitiques osseuses qu'il constate au niveau des incisives et des canines. Ces dents sont très mobiles, quoique saines ; trois d'entre elles finissent par tomber spontanément.

Observation XV (résumée).

(Veillard, *Gomme de la région intermaxillaire* in « *Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie* », 1904).

Femme de 23 ans. Syphilis datant de 2 ans. En mai 1902, obstruction nasale sans écoulement survenue avec rapidité. Douleur à la pression de la face antérieure de l'os incisif. Tuméfaction de la partie antérieure des fosses nasales surtout à gauche. Traitement mixte. Guérison.

Un an plus tard, réapparition des mêmes symptômes. De plus, douleur à la pression de la partie antérieure de la voûte palatine. Les incisives médianes sont ébranlées. Reprise du traitement. Nouvelle guérison.

Dans la suite plusieurs retours offensifs chaque fois que le traitement est interrompu.

Observation XVI (résumée).

(Veillard, *loc. cit.*).

Femme de 42 ans ; premiers accidents syphilitiques en 1895. Quelques mois plus tard, obstruction nasale, mouchage de muco-pus par-

fois sanguinolent. Céphalées surtout à droite. Traitement spécifique. Amélioration rapide. Elimination de séquestrés.

En 1901, retour des céphalées et des douleurs dans le maxillaire supérieur. Apparition d'une ulcération bourgeonnante au-dessus des incisives centrales supérieures.

L'auteur voit le malade pour la première fois en août 1901. Mauvais état général. Douleur à la pression du maxillaire en avant, et au niveau de la partie correspondant aux incisives qui est gonflée. Incisives ébranlées. Bourgeon charnu sur le rebord gingival au niveau de la ligne médiane. Le stylet tombe en ce point sur un os dénudé. HALEINE FÉTIDE. Large destruction de la cloison et ulcération bourgeonnante du plancher des fosses nasales, par où l'on arrive également sur l'os dénudé.

TraITEMENT MIXTE. Disparition rapide des douleurs; cicatrisation des ulcérasTions.

Dans la suite en plusieurs mois élimination successive des deux os incisifs entiers. Puis cicatrisation de la brèche. Appareil de prothèse. Retour d'un bon état général.

Observation XVII (personnelle).

Résumé : *Ostéite syphilitique tertiaire de l'os incisif. Traitement arsénobenzolique. Guérison. Pas d'antécédents syphilitiques connus.*

Louise C..., 21 ans. Bronchite dans l'enfance. Pas d'histoire de syphilis. Un enfant il y a un an, venu à terme, mort à 5 mois d'affection indéterminée.

Il y a trois mois apparition de céphalées presque quotidiennes, diurnes seulement. Depuis six semaines, écoulement nasal très épais, muco-purulent, avec épaississement de la racine du nez. Il y a quatre semaines, la malade ressentit des douleurs à caractères névralgiques du côté droit de la face ainsi qu'au niveau de l'incisive latérale droite. Le lendemain, elle s'aperçut d'un gonflement de la voûte palatine; puis il se forma un abcès à ce niveau qui s'ouvrit spontanément au bout de quatre ou cinq jours, laissant s'écouler un pus jaunâtre, franc, sans élimination de séquestrés. La suppuration dura une huitaine de jours.

Actuellement, on observe une tuméfaction de la voûte palatine, de forme ovalaire, déprimée au centre et portant la cicatrice de l'ouverture par où s'écoulait le pus. Dimensions d'une petite amande, en tout 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur. Elle s'étend en avant jusqu'à 1 centimètre environ de la face postérieure des incisives centrales et en arrière, jusqu'à 2 centimètres environ du voile membraneux. Sa consistance est dure, osseuse, sans fluctuation ni crépitation. Elle n'est pas douloureuse à la pression.

Les deux incisives droites sont branlantes, les incisives gauches sont fixes. Rien autre à signaler dans la cavité buccale.

L'écoulement nasal persiste, surtout du côté droit. Croûtes d'impe-tigo au niveau des orifices narinaires. Epaisseissement de la racine du nez. Plancher nasal intact. Pas de perforation de la cloison.

La malade éprouve toujours des céphalées, qui se sont d'ailleurs atténuées.

Injections de novarsénobenzol (0,30 — 0,60 — 0,75 — 0,75) en septembre 1916.

Le 8 novembre, la malade revient très améliorée. La tumeur palatine, très aplatie, ne fait plus qu'une légère saillie. Les dents ébranlées sont consolidées. L'épaisseissement de la racine du nez a considérablement diminué. L'écoulement nasal a disparu à droite; il ne persiste plus que du côté gauche, où il est peu abondant.

Observation XVIII (personnelle).

Résumé : Osteite tertiaire de l'os incisif. Traitement antisiphilitique. Guérison. Pas d'antécédents connus.

Paul D..., 23 ans. Mobilisé dans l'aviation jusqu'au 14 octobre 1919. Se présente à la visite le lendemain de sa démobilisation (15 octobre).

Père, mère et un frère vivants. Ne se souvient pas que sa mère ait eu de fausses couches.

Pas d'antécédents syphilitiques personnels. Blennorrhagie en 1916, gale en 1915 et 1917. Bonne santé habituelle.

Début de l'affection actuelle en juin 1919 par une sensation de cuisson légère au contact de mets acides sans aucune douleur à la pression des dents. L'examen ne montrait alors qu'une zone plus rouge que le reste de la muqueuse, non surélevée. En juillet, ulcération de 3 à 4 millimètres de diamètre, arrondie, peu profonde, siégeant un peu à gauche de la ligne médiane, immédiatement en arrière des incisives. Au début d'août apparaît une tuméfaction de la voûte palatine de la grosseur d'une petite noix, qui motive l'évacuation sur l'hôpital avec le diagnostic : « Abcès de la paroi du palais ». Assez rapidement la tuméfaction s'ulcère, laissant s'échapper des débris de tissus sphacélés sans écoulement de pus franc. En même temps élimination par le nez de muqueuse nécrosée. A ce moment les incisives deviennent douloureuses à la pression et même spontanément pendant la nuit et se mobilisent. Le malade éprouve une peine extrême à s'alimenter. Il tombe dans un état de grande asthénie et le soir la fièvre s'élève à 38° et 39°. Puis des fistules se forment, au nombre de 4, par où s'éliminent des séquestres. Le malade ne se souvient pas s'il avait des ganglions. A la fin du mois d'août, on fait un Wassermann, qui est positif. Au début de septembre, le diagnostic de chancre du palais est posé et l'on institue un traitement au novarsénobenzol et avec un sel

de mercure injecté dans la fesse. Les injections de novarsénobenzol furent faites tous les 2 jours aux doses suivantes : 1 injection de 0,15 ; 3 de 0,30 ; 7 de 0,45 ; 1 de 0,60 et 1 de 0,90. Les jours intercalaires on pratiquait une injection mercurielle. Un interruption de 8 jours eut lieu en cours de traitement. Tout ceci au dire du malade.

Rapidement une amélioration survint ; la tuméfaction palatine s'affaissa et par les fistules s'éliminèrent des séquestrés, dont le plus volumineux avait environ un demi-centimètre de longueur.

Actuellement, à son entrée dans le service, le traitement est fini depuis 6 jours. Le malade éprouve encore une légère douleur à la pression des incisives, qui ont retrouvé leur fixité. Les fistules sont taries et cicatrisées sauf l'une d'entre elles, très petite d'ailleurs, qui conduit sur un plan osseux ne paraissant pas dénudé. L'histoire de ces accidents, la localisation des lésions, les symptômes dentaires et l'influence curative du traitement semblent justifier le diagnostic d'ostéite syphilitique tertiaire du bourgeon incisif. Pourachever la cicatrisation des lésions on prescrit au malade une potion iodurée. Revu le 4 février 1920, il est complètement guéri.

Observation XIX (personnelle).

Résumé : Ostéite syphilitique tertiaire de l'os incisif. Traitement novarsénobenzolique. Guérison. Pas d'antécédents connus.

Andrée A..., 21 ans. Vient à la visite de l'Antiquaille, le 7 août 1919, envoyée par le Prof. Collet pour une tuméfaction de la partie médiane de la voûte palatine,

A. H. : Père alcoolique, mère bien portante, n'a pas fait de fausse couche. Une sœur morte à un an.

A. P. : Excellente santé antérieure, n'a jamais eu de manifestations syphilitiques.

L'affection actuelle a débuté il y a quinze jours, brusquement. Au réveil, la malade ressentit une douleur intense, avec maximum au niveau de la joue droite qui était rouge et enflée. Les incisives droites supérieures étaient douloureuses. A ce moment la malade vit sur sa voûte palatine une petite masse médiane du volume d'une noisette.

Le surlendemain, la tumeur avait triplé de volume. La malade alla voir un médecin qui pratiqua une incision. Il sortit une assez grande quantité de pus fétide, sans séquestre osseux. L'incision amena une grosse diminution des douleurs. Le lendemain, le médecin fit encore sortir du pus par expression. Mais dans la suite, les douleurs réapparurent avec céphalée généralisée et insomnie. La malade ne prit pas sa température, mais croit avoir eu de la fièvre.

La veille de son entrée dans le service, la malade alla consulter M. le Prof. Collet qui fit une exploration nasale, très douloureuse.

A l'examen, on trouve, exactement sur la ligne médiane et en arrière

des incisives une tumeur allongée, du volume d'une grosse amande, fluctuante, légèrement douloureuse à la palpation. A son niveau la muqueuse est un peu rouge et l'on voit encore la trace de l'incision. La pression est douloureuse sur les deux incisives droites supérieures, qui sont mobiles. La canine est cariée, mais fixe et non douloureuse.

Un peu d'œdème dans le sillon jugo-nasal droit; un point douloureux très limité à la partie toute supérieure du sillon gingivo-labial, au-dessus de la canine. Au niveau de la joue, la pression est douloureuse, à un travers de droit en dehors de l'aile du nez. Le point d'émergence des filets nerveux mentonniers et orbitaires ne sont pas douloureux.

Pas d'adénopathie.

7 août. — Injection de novarsénobenzol de 0,15.

14 août. — La tumeur a diminué. Mais depuis trois jours mouchage de pus. Novarsénobenzol, 0,30, 21 août. Affaissement considérable de la tumeur. Encore un peu de pus dans le nez. Novarsénobenzol, 0,30.

28 août. — La malade ne mouche plus de pus par le nez. Apparition d'une petite fistule sur la gencive, au-dessus de l'incisive latérale droite. La pression à droite de l'orifice droit du nez n'est presque plus douloureuse. Les dents sont plus solides et se mobilisent beaucoup moins facilement. Novarsénobenzol, 0,45.

3 septembre. — L'amélioration s'accentue de plus en plus. La fistule gingivale ne suppure presque plus. La tuméfaction de la voûte palatine est très aplatie. La malade quitte Lyon pour aller à Marseille, où elle doit continuer son traitement.

1^{er} octobre. — La malade est de retour dans le service; elle n'a reçu aucune injection depuis son départ. La fistule gingivale, presqu'tarie au dernier examen, donne à nouveau beaucoup de pus. A son niveau émerge un petit séquestre en voie d'élimination. Disparition du pus nasal. La tumeur palatine n'existe à peu près plus. Excellent état général.

Reprise du novarsénobenzol. Injections de 0,15, 0,30, 0,30. Après la dernière injection, crise nitritoïde obligeant à abandonner le traitement novarsénobenzolique pour recourir au cyanure de mercure.

Nous n'avons pu suivre la malade plus longtemps (1).

* * *

L'ensemble de ces observations montre que la syphilis, qu'elle soit héréditaire ou acquise, détermine au niveau de l'os incisif des lésions présentant des caractères très spéciaux. Celles-ci

(1) Melle O. ELIASCHEFF, à la Réunion dermatologique de Strasbourg, séance du 14 mai 1922, se basant sur la communication que nous avions faite à cet égard à la séance de mars dernier a publié un cas fort intéressant de syphilis tertiaire héréditaire du bourgeon incisif.

appartiennent à la catégorie des accidents tertiaires et on a pu les observer jusqu'à vingt-cinq ans après le début de l'infection syphilitique (obs. XII). Quelquefois au contraire elles se produisent dès les premières années (Obs. XV) et même les premiers mois (Obs. XVI), mais il semble que la date habituelle de leur apparition coïncide plutôt avec un âge avancé de la syphilis.

Un fait, très important à notre avis, se dégage des notions étiologiques qui entourent la syphilis tertiaire de l'os incisif, c'est la prédisposition marquée du tréponème pour cette région de la mâchoire. Nous avons vu que Jullien et Lebedinski considéraient comme fréquente cette localisation de la syphilis. C'est aussi l'opinion d'Ombrédanne qui s'exprime en ces termes à ce sujet : « Au maxillaire supérieur, la syphilis tertiaire semble frapper avec préférence la région du rebord alvéolaire correspondant aux incisives et représentant l'os intermaxillaire de l'embryon » (1). De l'avis de Chompret, « dans la syphilis tertiaire, l'os intermaxillaire est fort souvent frappé et... la fréquence de ses lésions vient immédiatement après celle des gommes de la voûte palatine » (2). Pour nous, nous inclinons à penser que cette affection serait aujourd'hui du domaine de la banalité si elle était mieux connue et plus nettement individualisée. Mais il faut observer encore que si la syphilis de l'os incisif paraît être fréquente de façon absolue, il semble que l'infection atteigne plus volontiers la zone incisive que le reste du maxillaire supérieur. C'est un fait que Mouton a souligné dans sa thèse très documentée consacrée à une étude d'ensemble de la syphilis du maxillaire supérieur. Sur les 15 observations qu'il a réunies, 8 relatent des cas non douteux de lésions tertiaires intéressant l'os incisif (3).

Après avoir attiré l'attention sur la fréquence des malformations de la région incisive dans l'héréro-syphilis, Chompret parle « de l'affinité de la syphilis acquise » pour cette même région (4). On peut dès lors se demander pourquoi la syphilis offre une préférence aussi marquée pour le bourgeon incisif.

(1) L. OMBRÉDANNE, Maladies des mâchoires. *Nouveau traité de Chirurgie*, t. XVI, p. 106.

(2) J. CHOMPRET, Manifestations buccales dans la syphilis. *Revue de Stomatologie*, 1900, p. 299.

(3) MOUTON, La syphilis du maxillaire supérieur envisagée spécialement dans ses rapports avec les affections du système dentaire. *Thèse de Nancy*, fév. 1905.

(4) J. CHOMPRET, *Loc. cit.*, p. 298.

« Chompret pense qu'il faut en chercher la cause dans le mode d'articulation des dents à ce niveau. Les incisives inférieures viennent en effet se placer en arrière des supérieures ; or, pendant les mouvements de mastication, ces dents contusionneraient soit directement, soit par l'intermédiaire des aliments mastiqués, la muqueuse de la région correspondant à l'os intermaxillaire. Cette contusion incessante, ce traumatisme physiologique déterminent à ce niveau un lieu de moindre résistance prédisposant aux infections tertiaires » (1). Amoedo a invoqué un mécanisme analogue, réalisé dans un cas (Obs. XII) par l'articulation bout à bout des incisives des deux mâchoires frappant les unes contre les autres à chaque mouvement de mastication. Le traumatisme peut d'ailleurs s'exercer sous d'autres formes. Dans une observation mentionnée plus haut (Obs. XIII) Pietkiéwicz a rapporté le cas d'un joueur de flûte atteint d'une nécrose syphilitique du maxillaire chez lequel la percussion répétée de la langue expliquait la localisation de la syphilis ! L'influence du facteur traumatique dans la détermination des accidents tertiaires sur l'os incisif nous paraît donc certaine ; elle correspond d'ailleurs à un fait très général et bien connu, largement confirmé par de nombreux travaux, notamment au cours de la dernière guerre (2).

Existe-t-il d'autres causes capables d'expliquer la prédilection de la syphilis pour l'os incisif ? Dans une discussion relative à la fréquence de la nécrose de l'os incisif dans le cours de la syphilis plusieurs auteurs émirent des opinions, dont la diversité témoigne du mystère qui entoure son étiologie. Chompret, à l'influence du traumatisme ajoute l'étranglement du bourgeon frontal par les bourgeons latéraux. Cruet fait intervenir un défaut de soudure aux os voisins chez certains sujets et insiste sur l'action infectante du milieu buccal et la nature alvéolaire du tissu nécrosé. Amoedo et Lebedinski pensent à une insuffisance d'irrigation. Enfin Sébileau, à propos des observations précitées de Chompret et Lebedinski n'accorde à la syphilis qu'un rôle favorisant dans

(1) L. OMBRÉDANNE, *Loc. cit.*, p. 106, et J. CHOMPRET, in *Revue de Stomatologie*, juillet 1900, p. 298.

(2) GOUGEROT CLARA, Syphilis post-traumatiques. *Journal Médical français*, n° 5, déc. 1918. — CL. SIMON, Ostéo-préostite syphilitique ancienne méconnue. Traumatisme par balle : syphilides cutanées tertiaires consécutives *in situ*. *Société française de Derm. et de Syphil.*, 10 fév. 1921.

les accidents de mortification des os incisifs. La nécrose de ceux-ci reconnaîtrait comme cause déterminante une infection associée et serait facilitée par leur isolement du massif osseux (1). Où donc est la vérité parmi des conceptions étiologiques aussi disparates ? Il est à souhaiter que de nouvelles recherches apportent à ce problème la lumière qu'il réclame. L'embryogénie joue un rôle de premier plan dans la localisation du tréponème sur le bourgeon incisif et il nous semble que c'est elle qu'il convient d'interroger avant tout autre pour pénétrer les motifs de la fréquence de la syphilis à son niveau.

* * *

Cliniquement la syphilis de l'os intermaxillaire s'affirme par des signes assez tranchés pour permettre de l'identifier aisément à condition de la bien connaître.

Dans certains cas le début s'annonce par des céphalées (Obs. XVI, XVII), par des douleurs spontanées assez violentes (Obs. XVI, XVII, XIX) étendues à une plus ou moins grande partie de la tête. Mais souvent ces phénomènes manquent ou sont très atténués, et la gomme osseuse se développe insidieusement, à bas bruit, sans réaction douloureuse bien nette.

Nous sommes loin ici des souffrances intolérables qui accompagnent souvent l'ostéomyélite gommeuse des os longs ; c'est que la constitution anatomique est différente dans l'un et dans l'autre cas. Dans les os longs la texture serrée du tissu osseux laisse peu de place à la formation des éléments inflammatoires, qui, pour s'étendre, font éclater les canaux de Havers en produisant une douleur atroce. Rien de semblable dans l'os incisif, simple couche spongieuse entourée de périoste, où le syphileme peut s'accroître à son aise sans déterminer de grandes souffrances. Le silence relatif au milieu duquel évolue la syphilis au niveau de l'os intermaxillaire est un des caractères les plus habituels de cette affection.

D'autres fois la lésion commence à se manifester du côté du nez et c'est le rhinologue qui est consulté. Le malade se plaint d'éprouver une sensation d'obstruction, de gonflement nasal sans

(1) Ces diverses opinions ont été soutenues à la Société de Stomatologie de 1900. On trouvera la relation des séances dans la *Revue de Stomatologie* de 1900, p. 293-306, pp. 320-325, p. 370.

rhinorrée ou avec un écoulement de pus, parfois strié de sang, suivant que la gomme est encore fermée ou s'est déjà ouverte dans les fosses nasales (IV, XVII). Nous avons même vu que dans une observation (XIV) le premier symptôme avait été un mouchage de débris d'aspect particulier, qui étaient sans doute des séquestrés.

Mais le plus fréquemment la syphilis de l'os incisif débute par des signes dentaires ou paradentaires qui conduisent le malade chez le stomatologue. Tantôt il s'inquiète d'une petite tumeur (Obs. VII) ou d'un gonflement (Obs. I) apparaissant sur la partie médiane de la gencive supérieure, susceptible de s'accompagner d'une enflure parfois volumineuse de la lèvre (Obs. VII). Plus souvent c'est au niveau de la région antérieure de la voûte palatine, en arrière des incisives et sur la ligne médiane ou dans son voisinage que la gomme osseuse vient faire saillie, se traduisant par un soulèvement de la muqueuse qui recouvre une tuméfaction assez dure, de consistance uniforme, faisant corps avec l'os, plus ou moins douloureuse à la pression (Obs. VIII, XVI, XVII, XVIII, XIX). Un gros œdème de la joue vient parfois compliquer la scène (Obs. XIX). Abandonnée à elle-même la tumeur se ramollit, offrant une fluctuation parcellaire ou totale et finit par s'ouvrir, laissant s'échapper du pus (Obs. XVII), à moins que cette évolution spontanée ne soit interrompue par un coup de bistouri, conséquence d'un diagnostic erronné (Obs. XIX). Il peut arriver enfin que le syphilome se fasse jour à la fois sur la gencive, la voûte palatine et le plancher des fosses nasales.

Nous voulons maintenant attirer l'attention sur un *symptôme capital* de la syphilis de l'os incisif, que l'on trouve signalé dans la plupart des observations ; il s'agit de *l'ébranlement des incisives supérieures*. Cette mobilité anormale des incisives peut être un signe précoce (VII) dont la rapidité d'apparition est liée au développement de la lésion nécrosante du côté de ces dents. C'est en tous cas un accident qui frappe le malade et l'oblige à consulter, en raison de la gène un peu douloureuse qu'il entraîne dans la mastication. A l'examen les dents sont absolument saines, exemptes de toute carie (Obs. III, VII, VIII, IX), comme l'ont remarqué plusieurs auteurs et comme nous l'avons toujours observé. On conçoit d'ailleurs aisément que la destruction des faisceaux vasculo-nerveux des dents par le processus nécrotique amène la perte de leur vitalité. Le périodonte, en partie détruit

et enflammé ne tient plus à l'alvéole que par quelques tractus ; dès lors la dent s'ébranle et tout choc à son niveau devient sensible. La suppuration s'installe et l'on constate que l'incisive de plus en plus branlante baigne dans le pus. Enfin si le traitement n'intervient pas pour arrêter la marche de ces phénomènes, on assiste finalement à la chute progressive des incisives. On peut voir à ce moment, si le bord alvéolaire est atteint, au niveau d'un alvéole déshabité une vaste échancrure, dont les bords sont rouges, épais, coupés nettement. L'alvéole est rempli d'une matière blanchâtre, dont l'aspect peut rappeler celui des fausses membranes (Obs. I) véritable bourbillon gommeux.

Il est tout à fait remarquable d'observer que ces altérations dentaires se localisent exclusivement sur les incisives supérieures. Les dents voisines, canines et prémolaires, conservent toute leur intégrité et toute leur solidité. Aucune des lésions atteignant les incisives ne s'y révèle à un degré quelconque ; les symptômes cessent brusquement au niveau des canines comme s'il existait une limite infranchissable entre l'os incisif et ses annexes et le reste du maxillaire supérieur. Le tréponème, semble-t-il, une fois fixé sur le bourgeon incisif se contente de sa proie et n'en cherche pas d'autre aux alentours. Exception faite cependant pour une jeune malade atteinte de syphilis héréditaire qui présentait des accidents multiples du maxillaire (XIV). *Cette indépendance pathologique du bourgeon incisif est un des traits, qui, selon nous, contribue à donner à la syphilis de cette région une physionomie si originale.* Elle doit être rapprochée de l'indépendance embryogénique de ce bourgeon, à laquelle elle paraît être étroitement liée, et dont elle est sans doute la conséquence. On se rappelle en effet que le bourgeon incisif est une émanation du bourgeon frontal, tandis que les autres parties constitutives du maxillaire supérieur, corps de l'os, branche montante et apophyse palatine, sont formées aux dépens du premier arc branchial. Individualisé dès l'origine au sein des tissus osseux environnants, l'os incisif atteint par la syphilis conserve dans la suite son autonomie nosographique.

Dans une observation de Mauriac (Obs. I) la chute des incisives fut accompagnée de celle des canines. Mais nous avons vu que ces dernières étaient partiellement implantées sur l'os intermaxillaire. Il ne paraît donc pas anormal qu'elles soient atteintes dans certains cas exceptionnels.

Une fois ouverte, la gomme tend à s'ulcérer et à se fistuliser, en quoi elle n'offre pas de caractère particulier. L'ulcération ou les fistules siègent en arrière des incisives (VIII, IX, X, XI, XVII, XVIII), sur la gencive du niveau de la racine de ces dents (VI, VII, VIII, XVI) ou dans le nez (IV, XIX). Du pus s'en échappe donnant à l'haleine du malade une odeur fétide. L'emploi du stylet à cette période confirmera tout à fait le diagnostic de syphilis en conduisant sur une surface osseuse dénudée et nécrosée. On éprouvera la même sensation en introduisant l'instrument au fond des alvéoles dentaires déshabités et où le processus syphilitique a déterminé la formation des séquestrés.

A partir de ce moment, la lésion entre dans une période évolutive qui peut être très longue, capable de durer des mois et même des années. Peu à peu les séquestrés se mobilisent, ainsi qu'il est facile de le sentir par l'exploration, affectant des formes et des dimensions variables. Parfois ce sont de petits fragments osseux qui finissent par émerger de l'orifice d'une fistule (Obs. XIX), par où s'écoulait une intarissable suppuration. D'autres fois l'os incisif tout entier voire les deux os (II, III, VII, X, XVI) se détachent de l'apophyse palatine et s'offrent à la pince qui les extrait d'un seul bloc, ouvrant une communication large entre les cavités buccales et nasales.

Tel est dans son ensemble le tableau clinique de la syphilis de l'os intermaxillaire. On peut le trouver modifié dans certains cas correspondant à des formes s'écartant plus ou moins du type que nous avons essayé de décrire, dont elles conservent néanmoins les caractéristiques essentielles. C'est ainsi que la lésion syphilitique au lieu de se développer sur les deux os intermaxillaires, comme on le voit le plus souvent (I, II, III, VII, X, XI, XIV, XVI) frappe chez quelques malades un seul de ces os ; les symptômes d'ostéite gommeuse sont alors localisés à un côté de la région incisive ; une incisive centrale et une latérale sont ébranlées alors que les deux autres demeurent immobiles. A ce sujet on remarquera à la lecture des observations précédentes que dans les cas de syphilis incisive unilatérale, c'est l'os intermaxillaire droit qui a toujours été touché (VIII, IX, XII, XVII, XIX). Ceci à titre de simple constatation.

En résumé, si chez un malade, syphilitique connu ou non, on constate une mobilité anormale des incisives supérieures, souvent d'apparence saine, plus ou moins sensibles à la pression, coin-

cidant avec des signes d'ostéite gommeuse au niveau de la partie du maxillaire qui les supporte (tuméfaction, ulcération, fistules, séquestrés en arrière des incisives, sur la gencive ou le plancher des fosses nasales), il convient de porter le diagnostic de syphilis de l'os incisif. Dans les cas douteux, la réaction de Wassermann dans une certaine mesure et le traitement d'épreuve de façon absolue viendront confirmer ce diagnostic.

* * *

Le diagnostic peut en effet demeurer hésitant ayant à distinguer le syphilome incisif d'une ostéopériostite suppurée d'origine dentaire ou d'une tumeur kystique ou solide du maxillaire.

C'est avec le vulgaire abcès dentaire que la confusion est le plus souvent possible. A première vue le malade qui se présente à nous avec une joue ou une lèvre enflée et chez qui nous constatons une tuméfaction du palais ou de la gencive dans le voisinage de dents ébranlées nous impose l'idée d'abcès d'origine dentaire. Mais regardons mieux ; la dent, bien que mobile, est généralement saine, et ne présente point, en ce cas, ces lésions de carie pénétrante qui préludent à l'abcès dentaire et dont la violente douleur est une véritable torture pour le patient. La pression, il est vrai, peut réveiller au niveau de ces dents une certaine souffrance ; mais elle n'a rien de comparable avec la sensation vivement douloureuse que produit le choc en cas d'abcès. Quant à la tuméfaction, de consistance ferme au début, elle n'offre pas, même ramollie, une fluctuation aussi vraie et aussi nettement caractérisée que la périostite suppurée banale. Et surtout la douleur spontanée ou provoquée n'atteint jamais dans le cas de gomme, la même intensité que dans l'abcès, pouvant même dans certains cas être nulle.

L'interrogatoire est des plus instructif. Au lieu de parler de dent douloureuse antérieurement devenue sensible au choc, puis de tumeur rapidement formée accompagnée de battements et du cortège habituel des phlegmasies, le malade n'accuse pas, à l'ordinaire, de début précis ni de souffrance bien nette. Son récit évoque plutôt l'histoire d'accidents à allure torpide. Et c'est en définitive dans cette opposition évolutive que l'on trouvera un des principaux motifs de diagnose ; l'ostéopériostite dentaire a une

évolution chaude, celle de la gomme incisive est relativement lente et insidieuse.

Plus tard en présence d'une fistule, le stylet conduisant sur un os nécrosé dans le cas de syphilome ne laissera pas de doute sur la nature de l'affection.

Sans nous arrêter à discuter le diagnostic de la gomme incisive avec l'ostéomyélite aiguë, très rare au maxillaire supérieur, avec la tuberculose, d'évolution et d'aspect bien différents, avec l'actinomycose, dont le siège habituel n'est pas l'os incisif, nous insisterons davantage sur les erreurs à éviter avec les kystes paradentaires, qui peuvent aisément donner le change.

A son début le kyste peut simuler de très près la gomme; mais tandis qu'il se développe au voisinage d'une dent cariée, le syphilome, nous l'avons vu, s'attaque souvent à un os supportant des dents saines. D'autre part si la muqueuse recouvrant un kyste conserve son aspect normal, elle offre dans la syphilis une teinte en rapport avec son degré d'inflammation. Enfin il est parfois possible de percevoir à la surface d'un kyste une sensation de crépitation parcheminée due au refoulement des parois de l'os par l'extension de la tumeur. La gomme, elle, ne creuse pas le maxillaire, mais l'infiltre et le détruit peu à peu, d'où l'absence de crépitation. Cette différence dans l'état physique du tissu osseux pourra être confirmée par la radiographie et la transillumination du rebord alvéolaire (Jacques) qui décèlent par une tache claire le kyste à contenu séreux et translucide. En pratiquant une ponction ou en enlevant la dent douloureuse, on met fin aux hésitations. Dans le cas de kyste, la ponction ou l'extraction laissera s'écouler un liquide citrin ou verdâtre, clair, contenant des cristaux de cholestérol. Introduit dans la cavité, le stylet y pénètre aisément et en suit parfaitement les contours. On n'observe rien de semblable au niveau d'une gomme, masse pleine, ramollie et nécrotique.

Quand le kyste est suppuré, le diagnostic est plus difficile. On se rappellera cependant que l'évolution de cette tumeur est plus lente que celle du syphilome qui ne met guère plus d'un mois à s'ulcérer. Le stylet, une fois le kyste fistulisé, entrera « sans résistance dans une large cavité dont les parois unies sont partout recouvertes d'un revêtement membraneux » (1), au lieu de venir

(1) P. JACQUES, Sur le diagnostic des kystes paradentaires du maxillaire supérieur. *La Presse Méd.*, 19 nov. 1919.

buter sur un séquestré qui peut être déjà mobile, si le processus gommeux est ancien. D'ailleurs le cas échéant on demandera au traitement d'épreuve la solution du problème.

On pourrait avoir encore à écarter le diagnostic de sarcome, d'épulis et d'épithelioma, ces deux derniers faciles à reconnaître et ne méritant pas de nous retenir davantage.

Enfin si la gomme a une évolution nasale, on devra se garder de la confondre avec une sinusite maxillaire. La rhinoscopie et la transillumination de l'antre d'Highmore ne laisseront pas de place à l'erreur.

*

Le traitement de la syphilis de l'os incisif doit être médical avant tout. En présence d'un os à peu près réduit à l'état d'éponge purulente, d'où s'écoule par des fistules multiples un pus plus ou moins fétide, on peut être tenté d'intervenir chirurgicalement afin de supprimer ce foyer de nécrose. Ce serait une faute, car là comme partout ailleurs, le traitement spécifique, arsénobenzolique de préférence, mais aussi mercuriel et ioduré, réalise de véritables miracles. Donc on rejettéra de prime abord, même dans les cas paraissant désespérés l'emploi de la pince et de la curette, quitte à s'en servir plus tard, une fois les dégâts limités par une thérapeutique énergique et longtemps continuée. Sous son influence, on voit fondre les lésions d'ostéite, se combler les ulcérations, et les incisives, devenues branlantes ou sur le point de tomber, retrouver toute leur solidité. On se félicitera alors de n'avoir pas porté le davier sur ces dents, qui semblaient vouées à une chute certaine.

Si le traitement n'est pas intervenu assez tôt pour empêcher la formation des séquestrés, voire la mortification de l'os tout entier, il conviendra de le prolonger néanmoins jusqu'à ce que l'on ait acquis la conviction absolue que toutes les lésions actives sont éteintes. En matière de syphilis on a toujours le temps de faire de la chirurgie. D'ailleurs s'il s'agit de petits séquestrés ils peuvent souvent s'éliminer spontanément. Cependant s'ils tardent trop, entretenant une suppuration intarissable, à plus forte raison si la nécrose a irrémédiablement frappé l'os en partie ou en totalité, on devra procéder à l'extraction des éléments mortifiés. Dans le cas où l'ablation de l'os incisif laisserait une communi-

cation entre la bouche et le nez, la pose d'un appareil de prothèse permettrait d'obvier facilement à cet inconvénient.

III. CONCLUSIONS

I. Le bourgeon incisif peut être le siège de lésions très diverses d'origine syphilitique que nous proposons de grouper sous le nom de « *Syndrome syphilitique du bourgeon incisif* ».

II. Ces lésions se manifestent soit pendant la vie intra-utérine, soit plus tard, au cours de l'existence.

A. Les lésions congénitales sont d'ordre dystrophique et peuvent intéresser les incisives supérieures comme la dent d'Hutchinson par exemple, ou l'os incisif lui-même (bec de lièvre).

B. Les lésions apparues après la naissance reconnaissent pour cause la syphilis acquise ou héréditaire et sont d'ordre tertiaire (syphilis de l'os incisif proprement dite).

III. La syphilis de l'os incisif est peu connue et les observations publiées en sont rares. Nous n'en connaissons pas de description d'ensemble. Elle se caractérise :

A. Anatomiquement par le développement d'une gomme au niveau de l'os incisif.

B. Cliniquement par les faits suivants :

1^o Symptômes d'ostéite gommeuse strictement localisée à la région intermaxillaire (tuméfaction, ulcération, fistules et séques-tres) évoluant le plus souvent en arrière des incisives supérieures vers la voûte palatine antérieure, quelquefois en avant sur la gencive, plus rarement au niveau du nez, avec un ébranlement progressif des incisives généralement saines et plus ou moins doulou-reuses à la pression.

2^o Développement des accidents sur l'os incisif à l'exclusion des autres parties du maxillaire. Cette indépendance lésionnelle est sans doute la conséquence de l'origine embryologique parti-culière de l'os incisif.

3^o Evolution insidieuse du processus gommeux.

IV. En présence de tels faits le diagnostic s'impose si l'on y pense. Toutefois on peut avoir à le discuter avec celui d'abcès dentaire surtout, de kyste parodontaire, et dans le cas d'évolution nasale, de sinusite maxillaire.

V. On s'efforcera de mettre les syphilitiques à l'abri de ces diverses lésions en instituant chez tous les malades le traitement

de la syphilis héréditaire et acquise, traitement de fond, chroique et intermittent. Quant au traitement curatif, il devra s'inspirer des principes généraux de la thérapeutique des accidents destructifs dus à la syphilis. Essentiellement et patiemment médical, il ne cédera la place à la chirurgie qu'après avoir épuisé toutes ses ressources antisyphilitiques.

VACCINOOTHÉRAPIE ANTIGONOCOCCIQUE DES URÉTHRITES ANCIENNES

Par A. NANTA.

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse.

La technique du traitement vaccinothérapeutique des uréthrites gonococciques *aiguës* est aujourd'hui bien réglée (Demonchy) ; celle des uréthrites anciennes l'est moins ; il est quelquefois facile, plus souvent inopérant.

Les observations que voici nous ont montré que parmi les multiples techniques proposées, dont nous donnerons la revue et la critique dans un prochain travail (1), il s'agissait simplement de savoir fabriquer un vaccin atoxique susceptible d'être utilisé par doses massives quotidiennes, pour éteindre les uréthrites les plus rebelles.

Les quatre observations suivantes concernent des malades porteurs d'une uréthrite subaiguë datant respectivement de 9 mois, 6 mois, 2 ans et 6 mois. Il ne s'agissait point d'uréthrite chronique résiduelle, limitée à la goutte matinale, mais d'un écoulement nécessitant, parfois d'une manière constante, le port d'un tampon de coton, avec sensations subjectives de cuisson à la miction, pollakiurie, mictions impérieuses ; enfin le pus renfermait, dans les deux premiers cas, une grande quantité de gonocoques intracellulaires ; dans les deux autres, des gonocoques en petite quantité (qui n'étaient même décelables qu'à la culture dans le quatrième cas) mais associés à une flore considérable et variée.

Ces quatre malades avaient été longuement soignés par des urologistes, qui avaient épuisé la série des lavages antiseptiques, des massages, des dilatations au Béniqué, au Kolmann, à l'Oberlander, etc.

(1) LAQUÈZE, *Thèse de Toulouse*, 1922.

Obs. I. — (Parue dans le *Toulouse médical*, le 15 janvier 1921). — M. X..., 26 ans, officier, a contracté sa première blennorrhagie le 8 juillet 1919. Le 25 juillet ont apparu des signes de cystite, qui ont duré jusqu'au 22 août. Après sa cystite, il a pris du copahu et du santal, et fait de petits lavages au permanganate de potasse, mais l'écoulement était toujours le même. Le 5 novembre, le malade est traité par le Dr Rouvière, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine, qui constate un abondant écoulement, et une grande quantité de gonocoques, au microscope. Grands lavages au permanganate de potasse, à l'argyrol, au protargol, etc. ; rien n'y fait. En outre, le 22 novembre apparaît de l'épanchement dans le genou gauche, qui est un peu rouge et enflammé, mais modérément douloureux. Fin décembre, le genou droit se prend à son tour.

Vu l'échec de la thérapeutique classique, et songeant à recourir à la vaccinothérapie, le Dr Rouvière nous adresse le malade : il s'agit en somme d'un de ces cas de blennorrhagie tenace, caractérisé par un écoulement abondant comme au premier jour, et un rhumatisme des deux genoux, avec gros épanchement distendant les culs-de-sac synoviaux à gauche. Les gonocoques sont très nombreux dans l'écoulement uréthral.

Nous faisons une culture de gonocoques sur gélose-ascite en enseignant le pus uréthral, le 5 janvier. Il pousse du staphylocoque en grande quantité, et du gonocoque, qui est repiqué sur gélose-ascite.

Partant de ces cultures, nous faisons une émulsion de gonocoques sans l'eau salée, qui est tuée après chauffage à 60° pendant une demi-heure.

Injections de 10 millions de gonocoques le 12 janvier 1920			
—	150	—	le 14
—	200	—	le 15
—	400	—	le 16
—	400	—	le 17
—	800	—	le 19
—	400	—	le 21
—	400	—	le 25
—	400	—	le 27
—	400	—	le 28
—	400	—	le 29

Les injections du 17 et du 19 ont déterminé une forte température (39°). Le 21, reprise des lavages au permanganate de potasse.

A ce moment l'amélioration de l'arthrite est nette : les phénomènes inflammatoires ont disparu bien que l'épanchement persiste. Mais l'écoulement est encore abondant, quoique plus muqueux, plus riche en cellules épithéliales, et les gonocoques sont encore nombreux, parci, par-là, à l'intérieur des leucocytes.

Aussi le malade devant l'échec relatif de cette vaccinothérapie

banale, — car si le rhumatisme est éteint, l'urétrite persiste, quoique atténuée —, se décide à se soumettre à un traitement plus actif.

Après avoir réensemencé, isolé au milieu d'une flore microbienne assez variée, récolté plusieurs cultures pures de gonocoques, nous obtenons un vaccin-dosé à 18 milliards de gonocoques par centimètre cube, tué par chauffage à 60° pendant une demi-heure.

Le malade reçoit :

9	milliards,	le 15	février
18	—	le 17	—
18	—	le 18	—
18	—	le 19	—
9	—	le 21	—

puis 5 milliards le 23, 25 et 27 février et 2 mars. La température a atteint 39,5 à 40° pendant 4 jours. Le 20, l'écoulement était transformé en quelques filaments blancs, muqueux, dépourvus de pus, ne renfermant plus au microscope que de rares leucocytes, dans lesquels on ne découvrait plus aucun gonocoque. De loin en loin on voyait seulement quelques synocoques intra-cellulaires, prenant nettement le gram. Les lavages ont été interrompus le 15 février. Le 8 mars le malade a été revu ; au début d'avril, la guérison bactériologique s'était maintenue : il persistait un suintement léger non purulent dans lequel cependant apparaissait parfois une goutte à demi-purulente, qui semblait provenir d'une glande des environs du méat, et qui du reste ne renfermait pas de gonocoques.

Le malade s'est marié 6 mois après et n'a pas contaminé sa femme

Obs. II. — M. H..., 24 ans, contracte avril 1918 une blennorrhagie qui n'a jamais guéri depuis (vu en décembre 1920) et qui a donné lieu en mai 1918 à une orchi-épididymite gauche aiguë suivie en fin juin 1920 d'une nouvelle poussée d'orchi-épididymite aiguë avec funiculite gauche. Il a été traité au début dans un centre vénéréologique d'Armée, puis chez divers urologistes qui ont pratiqué installations, massages et dilatations au Béniqué (200 lavages environ). En juillet 1920, l'écoulement est toujours notable, mais le malade a contracté un chancre syphilitique qui a été diagnostiqué et traité au cours de la première semaine (la R. est restée négative depuis lors et n'est devenue positive que un an et demi après).

Nous voyons le malade qui est hypospade, en novembre 1921. Le pus uréthral est abondant, riche en microbes variés, mais pauvre en gonocoques. Il y a des mictions fréquentes, avec sensations subjectives désagréables.

Nous faisons un ensemencement du pus sur gélose-ascite à plusieurs reprises, et, dans l'impossibilité de recueillir rapidement une culture pure de gonocoque, nous faisons un vaccin à staphylocoques et pseudogonocoques. La première injection de 500 millions détermine,

12 heures après, une urétrite aiguë, suivie au bout de 48 heures de pyélonéphrite avec polyurie trouble, pus abondant dans les urines des trois verres, et leucocytes bourrés de pseudogonocoques gram-positifs, et de gonocoques typiques. Un nouvel ensemencement dans ces conditions nous permet de faire un vaccin mixte à gonocoques et pseudogonocoques, dont 5 centigrammes sont injectés en 8 jours. Les gonocoques disparaissent alors. Après injection de 10 autres centigrammes en 8 jours, l'écoulement a considérablement diminué ; il persiste cependant une polyurie légère, qui disparaît, ainsi que la goutte matinale, après usage de l'urotropine à l'intérieur et grands lavages à l'oxycyanure de mercure. Le malade a été revu un mois après, entièrement guéri, sans goutte matinale ; 6 mois et un an après, la guérison était maintenue.

Obs. III. — M. C..., 26 ans, contracte en avril 1921, une blennorrhagie qui n'a jamais cessé (vu en novembre 1921). Les séries de grands lavages déterminaient la disparition de l'écoulement ; mais deux jours après le dernier lavage, le pus et la cuision du canal réapparaissaient. Le malade a subi de multiples séances de Béniqué, de massages, de lavages avec des antiseptiques multiples. Le Pr Audry le garde en observation pendant quelque temps, puis nous l'adresse avec le diagnostic d'urétrite gonococcique.

Effectivement, l'écoulement très abondant, est très riche en gonocoques et aussi en diplocoques intra-cellulaires gram-positifs.

En novembre 1921, nous faisons, après ensemencement sur gélose-ascite une série d'injections de vaccin mixte (gono et pseudogonocoques associés) de 1 milligramme, 1 mgr. 1/2, 2 mgr. Cette dernière dose détermine l'apparition d'une goutte de pus très riche en gonocoques, nous revenons à 1 milligramme pendant 3 à 4 injections, avec grands lavages au permanganate de potasse, puis avec un nouvel auto-vaccin, rapidement à 2, 3, 4 et 5 milligrammes, tous les 2 jours ; l'écoulement est à peu près disparu, et l'on pratique alors une série de 10 piqûres alternées de 5 milligrammes et 1 centigramme, terminée par une piqûre de 2 centigrammes, toujours associées aux grands lavages à l'oxycyanure de mercure.

Le canal est complètement asséché à ce moment. Le malade est revu trois semaines après, guéri ; guérison maintenue 2 mois après. Il avait au total reçu 12 centigrammes de culture microbienne (l'équivalent de 230 milliards de gonocoques environ).

Obs. IV. — M. X..., 28 ans, a eu une première blennorrhagie il y a 5 ans, une seconde en juillet 1921, qui est passée à l'état chronique ; malgré toute la thérapeutique mise en œuvre, au moment où le Dr Averseng nous adresse son malade, celui-ci présente encore, le 6 janvier 1922, un écoulement notable (qui renfermait 10 jours auparavant des gonocoques à l'examen direct) consistant dans une grosse goutte matinale, avec goutte purulente apparaissant au méat au bout d'une

heure et demie ou deux, mictions très fréquentes, et impérieuses (8 à 10 par jour); il y a d'ailleurs, depuis 1 mois, des douleurs lombaires, de la polyurie trouble; chaque miction étant de plus de 250 centimètres cubes, le malade urine de 2 litres 1/2 à 3 litres par jour. Il y a au microscope, une pyurie avec bactériurie intense; le malade urine des grappes innombrables de staphylocoques, libres ou intraleucocytaires.

Un premier vaccin de staphylocoques blancs provenant d'un enselement sur gélose est fait, et injecté, le 9 janvier (2 mgr.), le 11 (4 mgr.) et le 13 (4 mgr.), en même temps le malade prend 2 grammes de salol, et fait des lavages vésicaux à l'oxycyanure de Hg. Dès le deuxième jour, après la première injection d'auto-vaccin, la bactériurie et la pyurie disparaissent.

Le 15, injection d'auto vaccin mixte, gonococcique et pseudogonococcique (diplocoques en grain de café gram-positif) à la dose de 2 mgr. 1/2 répétée le 17 (3 mgr.), le 20 (5 mgr.), le 23 (5 mgr.). A ce moment la goutte matinale ne renferme presque plus que des cellules épithéliales. Mais le 26, récidive : le pus renferme de nouveau des leucocytes et un certain nombre de diplocoques gram-positifs. Cependant l'ensemencement sur gélose-ascite, fait ce jour-là, et 8 jours plus tard, n'a plus révélé de gonocoques.

Le 26, nouvel auto-vaccin à staphylocoques blancs et pseudogonocoques (3 mgr.); 3 milligrammes le 29, 1 centigramme le 1^{er} février, 1 centigramme le 3, 1 centigramme le 6. A ce moment le malade n'a plus d'écoulement dans la journée, n'urine plus que 2 ou 3 fois par jour; il présente seulement, le matin, une goutte transparente, muqueuse, qui ne renferme plus de microbes et n'est plus composée que de cellules épithéliales, dans la proportion de 3 à 4 pour un globule blanc. Nous faisons alors une série d'injections quotidiennes, alternativement de 1 centigramme et 2 centigrammes, du 6 au 15 février, en maintenant les grands lavages à l'oxycyanure de mercure.

Aucune des doses des divers vaccins employés n'a déterminé la moindre hyperthermie; les fortes doses de 2 centigrammes, un peu d'abattement et de courbature locale.

Le malade est revu le 1^{er} mars, n'ayant plus de *pus* dans sa goutte matinale qui n'est composée que de mucus et de cellules épithéliales. Il a reçu au total près de 20 centigrammes d'auto-vaccin c'est-à-dire environ 200 milliards de gonocoques et pseudogonocoques et 50 milliards de staphylocoques.

La conclusion que nous nous croyons autorisé à tirer de ces quatre observations, est qu'il est possible de guérir par les auto-vaccins mixtes, associés aux grands lavages, des uréthrites gonococciques anciennes qui ont résisté jusque-là à toute thérapeutique.

Il ne nous paraît pas qu'il faille adopter un mode de traitement

uniforme applicable indistinctement à tous les terrains et à toutes les flores microbiennes. Nous croyons cependant pouvoir avancer, avec les réserves que comporte notre courte statistique :

1^o Qu'il convient d'employer dans l'auto-vaccinothérapie antigonococcique les doses massives préconisées par Demonchy (*Presse médicale* 1921, n° 76).

2^o Qu'il faut, dans ces urérites anciennes à flore variée, associer un auto-vaccin mixte au gonococcique. Le point délicat nous paraît être de rencontrer parmi les multiples colonies qui poussent, celle qui renferme les germes pathogènes, ou qui, à défaut de germe spécifique, est susceptible de fournir une protéinothérapie efficace. On peut avoir d'ailleurs la surprise de tomber sur un agent pour lequel le malade est sensibilisé (Obs. II), ce qui implique la nécessité de débuter par des doses faibles.

3^o Cependant, on ne retire guère de bons effets que des doses massives et prolongées, ce qui met dans l'obligation de fabriquer un vaccin atoxique et non hyperthermisant, pouvant être injecté pendant 5 à 6 semaines dans les cas défavorables.

4^o Une fois l'assèchement du canal obtenu, il nous paraît préférable de le maintenir pendant 10 à 15 jours, en continuant le traitement par des *injections quotidiennes de hautes doses*. Il est probable en effet, ainsi que l'examen systématique du pus permet de le présumer, que lorsque l'uréthrite globale a disparu, et que le foyer qui entretient cette uréthrite est à peu près cicatrisé et refait son épithélium, la vaccination n'a pas, sauf les gonocoques, supprimé entièrement les germes pathogènes du canal. Tout se passe comme s'il importait de parfaire la cicatrisation jusqu'à ce que les microbes trouvent au niveau du foyer inflammatoire un épithélium infranchissable, en maintenant les tissus sous l'influence humorale que la vaccinothérapie ne développe que d'une manière précaire, certes, et difficile à réaliser.

En raison des difficultés qu'elle comporte, la vaccinothérapie des uréthrites anciennes nous paraît devoir jusqu'à nouvel ordre être réservée à un petit nombre de cas, .

LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE SALICYLATE DE SOUDE DANS LE TRAITEMENT DU PSORIASIS

Par R. LUTEMBACHER.

Dans un cas de psoriasis rebelle et généralisé nous avons eu recours aux injections intraveineuses de salicylate de soude. Ces injections étaient faites chaque jour à la dose de 3 grammes dilués dans 80 centimètres cubes d'eau distillée.

Dès la huitième injection la desquamation s'achève, les plaques perdent leur teinte rouge vif pour prendre une teinte terne, brun rougeâtre. Le traitement est poursuivi pendant cinq semaines. A ce moment le malade est complètement blanchi. Pour prévenir les récidives notre intention est de pratiquer systématiquement chaque mois dix injections et cela pendant 8 à 10 mois. Les résultats éloignés permettront seuls de dire s'il s'agit de blanchiment simple ou de guérison. C'est un simple fait rapporté. Les résultats capricieux des divers traitements dans le psoriasis ne peut que nous mettre en garde contre une généralisation trop hâtive.

Le traitement du psoriasis par le salicylate en ingestion a donné quelque fois de bons résultats. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de reprendre l'étude de ce traitement en injection intraveineuse. Les doses de salicylate à injecter varient suivant les sujets : elles dépendent de leur perméabilité rénale. Il est prudent de commencer les injections par des doses de 0,50 centigr. à 1 gramme.

Il est d'ailleurs facile de surveiller l'élimination du salicylate dans les urines.

Nous avons utilisé un salicylate purifié par recristallisation que M. Guillemin du Laboratoire Nativelle a bien voulu préparer pour nous. La filtration des solutions doit se faire sur des filtres débarrassés de toute trace de fer ; et ces solutions doivent être conservées dans des ampoules de verre strictement neutre.

L'observation que nous rapportons ici est à rapprocher de celles d'Otto Sachs (*Wiener Klin. Woch.*, 21 avril 1921) dont nous ignorions les recherches sur ce sujet. Cet auteur a utilisé avec de bons résultats les injections intraveineuses de salicylate de soude dans le psoriasis. Les doses employées sont équivalentes, mais la concentration des solutions est plus élevée (20 o/o). Nous avons abandonné ces fortes concentrations après avoir remarqué qu'elles provoquaient parfois de l'induration des parois veineuses (1).

(1) *Soc. de Biologie*, 21 mai 1921.

GUÉRISON SPONTANÉE D'UN LICHEN PLAN AU COURS D'UNE DIPHTÉRIE

Par les Docteurs :

PAYENNEVILLE

et

TROTABAS

Médecin chef du service de dermatologie
des hôpitaux de Rouen.

Médecin-major chef du centre de dermatovo
nérologie de la 3^e région.

Il nous a paru intéressant de rapporter ce cas qui peut prêter à des déductions thérapeutiques d'ordre nouveau.

Il est jusqu'à un certain point à rapprocher du cas cité par MM. les Docteurs Thibierge et Ravaut où une éruption de lichen plan fut pareillement influencée par une ponction lombaire (1).

Le soldat P..., est évacué de son corps sur le centre de Dermatologie de la 3^e région le 9 février 1922 avec le diagnostic « Dermatose ».

Il présente en réalité un lichen plan typique qui avait débuté en novembre 1921.

A l'entrée, on constate une éruption très étendue siégeant sur les membres, le tronc, les organes génitaux et dans la bouche.

A la face extérieure des poignets et des avant-bras, les papules sont nombreuses, mais bien isolées les unes des autres, de la grosseur d'une tête d'épingle, aplatis, à la surface lisse et brillante de couleur rose jaunâtre, fermes au toucher ; sur quelques-unes on observe nettement le signe du réseau.

Aux jambes : éléments un peu plus nombreux, de même caractère.

Sur le ventre et à la partie inférieure du thorax, les papules sont très nombreuses et très serrées, confluentes même, disposées en plaques, on retrouve d'ailleurs toujours des éléments aberrants typiques.

Sur le gland : trois anneaux de 1/2 centimètre de diamètre, véritable *lichen annulatus*.

Enfin dans la bouche, au niveau de la 2^e molaire inférieure gauche une tache opaline un peu irrégulière, de 1 centimètre carré environ et une tache plus petite en arrière et un peu plus haut.

Prurit très léger.

(1) *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1905, p. 264.

ANN. DE DERMAT. — VI^e SÉRIE. T. III. N^o 7. JUILLET 1922.

Le soldat P..., est de constitution assez médiocre (service auxiliaire), il paraît un peu nerveux, mais ne peut rapporter à aucun choc moral ou émotif l'apparition de son éruption.

Rien de spécial dans ses antécédents personnels ou familiaux.

Le malade est traité au moyen d'une pâte ichtyolée légèrement salicylée. Il reçoit une première injection d'hectine dont on a décidé de lui faire une série.

Au bout de quatre jours d'hospitalisation, il présente une angine suspecte qu'un examen bactériologique confirme diptérique.

Il est évacué sur le service des contagieux le jour même (14 février). Là, il reçoit du 14 février au 5 mars 280 centimètres cubes de sérum en 8 injections.

Sa température, de 39°6 le 14 février ; atteint 40°2 le 23 et le 24.

A peu près en même temps, le 22 février, il présente une éruption sérique urticarienne, presque généralisée.

Vers le 25 février, quand l'éruption sérique s'efface, on constate que le lichen, dont le traitement a été suspendu, paraît, lui aussi, s'atténuer.

Le 1^{er} mars, il a complètement disparu, y compris les taches intra-buccales.

Il ne reste même pas la pigmentation qu'on observe souvent.

Il est vrai que le malade n'a pour ainsi dire pas reçu d'arsenic.

Cette guérison rapide, d'une affection souvent très tenace est assez difficile à expliquer.

Faut-il voir là un argument en faveur des médications à choc, ce dernier étant dans la circonstance produit par les injections de sérum ? Nous aurions une tendance à conclure dans ce sens, car l'un de nous a eu l'occasion de noter deux guérisons spontanées d'eczéma lichenifié à la suite d'injection de propidon faite pour deux antrax.

Faut-il plutôt penser que la diptérite elle-même a été cause du choc ?

Il nous est impossible de trancher la question, d'autres essais de thérapeutique par des stocks-vaccins pourraient peut-être apporter des éclaircissements sur ces cas.

Nous nous proposons de faire des recherches dans ce sens, et de publier les résultats que nous aurons obtenus.

Nous n'avons d'ailleurs trouvé dans la bibliographie aucun cas de ce genre relaté.

TUMEURS PSEUDO-ÉLÉPHANTIASIQUES CONGÉNITALES DE LA NUQUE

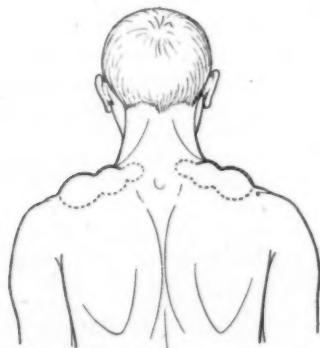
Par P. NOEL.

Sous ce même titre, nous avons donné, dans le numéro de novembre 1921 des *Annales de Dermatologie*, une observation analogue à celle que nous publions aujourd'hui.

L'intérêt de celle-ci réside dans le diagnostic différentiel que l'aspect de ces tumeurs posait et que nous discutons plus loin.

Ngané, nègre de race Etanga (Cameroun), âgé de 32 ans environ, ancien tirailleur allemand, se présente pour contracter un engagement dans la garde régionale.

On est frappé à première vue par une déformation de sa silhouette qui offre de chaque côté, au-dessus de l'épaule, des reliefs anormaux.



A la palpation on découvre au bas de la nuque, placées avec une symétrie rigoureuse à droite et à gauche, deux séries de trois tumeurs cutanées ovalaires, situées à peu près sur une même ligne horizontale et de taille décroissante de dehors en dedans.

La tumeur externe, du volume d'un demi-œuf de poule est située au-dessus et en dedans de l'articulation coraco-claviculaire. La plus

interne, distante d'environ 3 cm. de la ligne médiane, a le volume d'un demi-œuf de pigeon.

Ces tumeurs contiguës, sont strictement cutanées ; de consistance élastique, non lobulées, elles font corps avec la peau qui a perdu sa souplesse, et leurs contours diffus se continuent sans transition nette avec la peau saine. A leur surface le grain de la peau est épaisse, avec exagération des pores cutanés. Elles sont mobiles avec les téguments sur les parties profondes auxquelles elles ne sont pas adhérentes.

Ces tumeurs, tout à fait indolentes, dateraient de l'enfance et seraient très antérieures à l'entrée au service militaire qui remonte à une quinzaine d'années.

Leur aspect et leur situation rappelle ceux des lipomes des bourjanes de Madagascar, que l'on attribue au portage, mais le lipome est plus mou, lobulé, indépendant de la peau qui se laisse pincer et mobiliser à la surface. De plus la notion étiologique manque ; au Cameroun le portage se fait le plus généralement sur la tête, portant souvent aussi au moyen d'une hotte soutenue par 3 bretelles, deux scapulaires et une frontale. Or nous n'avons observé aucun cas de pareille affection sur des milliers de porteurs, alors que cet homme par sa profession, n'a pas effectué de portage depuis une quinzaine d'années.

La nature fibromateuse de ces tumeurs ne semble pas douteuse malgré l'absence d'examen histologique. C'est un cas de pachydermie localisée dont la disposition symétrique doit faire penser à une origine nerveuse centrale. Comme les autres pseudo-éléphantiasis congénitaux, il se rattache vraisemblablement à la famille des nævi systématisés.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Actinias.

Un cas d'acnitis de Barthélémy (Ein Fall von acnitis Barthelemy), par W. VOGT. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, no 26², p. 529.

Un cas d'acnitis (figures) avec examen histologique donnant une structure tuberculoïde très accusée. Excellent résultat par la tuberculine.

CH. AUDRY.

Acrodermatite.

Traumatisme comme cause d'acrodermatite atrophante et d'arthrite déformante (Unfall als Ursache für die Entstehung von Akrodermatitis atrophicans und Arthritis deformans), par E. MEIROWSKY. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXII, p. 346

Observation (bien courte) d'une acrodermatite atrophante typique du pied et de la jambe gauches chez un homme de 19 ans qui avait subi un choc violent sur le pied correspondant.

CH. AUDRY.

Actinomycose.

Radiothérapie dans l'actinomycose (Zur Frage der Röntgentherapie bei Aktinomycose), par E. RUETE. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, t. XXXII, p. 344.

Dans 4 cas d'actinomycose maxillaire, R. a réussi avec des petites doses de rayons mous, aussi bien que d'autres avec des doses fortes de rayons durs.

CH. AUDRY.

Adénome sébacé.

Adénome sébacé (Pringle) et ses rapports avec les syndromes de Bourneville et de Recklinghausen (Beitrag zur Kenntniss des Adenoma sebaceum (Pringle) und sein Verhältniss zur Krankheit von Bourneville und von Recklinghausen), par CAROL. *Acta dermato-venereologica*, 1921, t. XI, fasc. 2, p. 186.

Fille de 13 ans atteinte de psoriasis, portant un adénome sébacé symétrique de la face (type de Pringle) et en outre de petites tumeurs fibromatoïdes, des taches pigmentaires, linéaires ou semées sur la peau du tronc, des bras; il existe en outre une cyphoscoliose. La malade présente en outre des crises convulsives, et un état de demi idiotie.

De l'observation clinique, de l'examen histologique et d'une discussion soignée, C. conclut que l'adénome sébacé de Pringle s'associe souvent, mais non toujours, à la maladie de Bourneville (sclérose tubéreuse du cerveau), et jamais à la neurofibromatose de Recklinghausen qui en diffère totalement.

En fait, il s'agit non d'un adénome sébacé, mais bien d'une hamartome au sens d'Albrecht (tumeur bénigne d'origine congénitale à structure organoïde), hamartome pilo-sébacé qui peut être associé à des fibro-hamartomes ou autres malformations. Il résulte du développement d'un germe anormal dont l'évolution s'opère entre le quatrième et le septième mois, l'hamartome ébauché à ce moment pouvant se développer à l'âge adulte. Du reste il s'agit là non d'une difformité mais d'une néoplasie traduisant la tendance du germe à engendrer des néoformations.

CH. AUDRY.

Bactériologie cutanée.

Sur les chlamydozoaires-strongyloplasmes (étude de la ballonisation des cellules malpighiennes (Unna)) (Ueber Chlamydozoaires-Strongyloplasmes. Unnas ballonierende Degeneration der Stachelzellen in Lichte neuere Forschungen), par B. LIPSCHÜTZ. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 17, p. 340.

L. admet que la dégénérescence ballonnante de Unna (perte du système épineux, modification chimique du protoplasma par l'intervention d'albuminoïdes, consistance plastique, altération nucléaire terminale) telle qu'elle existe dans l'herpes, le zona, etc., trouve une explication nouvelle et satisfaisante si l'on admet avec lui que les inclusions cellulaires ne sont que l'expression d'un virus nucléotrope : groupe karyoziote de Chlamydozoaires-Strongyloplasmes.

CH. AUDRY.

Bowen (Maladie de —).

Maladie de Bowen (Die Bowensche Krankheit), par M. JESSNER *Arch für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXIV. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. III, p. 43.

Deux cas, localisés au pénis. La maladie de Bowen est définie histologiquement par la métaplasie désordonnée de l'épithélium, de nombreuses mitoses, l'œdème intra et extracellulaire, la dyskératose, l'apparition de grosses cellules épithéliales avec noyaux géants et vacuoles et de très gros nucléoles.

CH. AUDRY.

Cicatrices cutanées.

Histologie des cicatrices cutanées (Zur Histologie des Hautnarben), par G. LEVI *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXV. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. III, p. 28.

La plupart du temps, les papilles sont reconstituées, d'autant mieux que la plaie était plus superficielle. Dans les cicatrices très récentes, papilles et corps muqueux sont irréguliers. Dans les vieilles cicatrices, le corps muqueux revient à la normale. Les fibres conjonctives s'orientent parallèlement à la surface. Le réseau élastique est très maigre dans les cas récents, et l'on peut mesurer l'ancienneté d'une cicatrice au degré de développement du tissu élastique. Il s'agit

de cicatrices très superficielles ; on retrouve les sudoripares et les sébacées.

CH. AUDRY.

Darier (Maladie de —).

Maladie de Darier (Die Dariusche Krankeit), par A. JORDAN, *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 34, p. 889.

J. donne 3 observations typiques dont une a déjà été publiée parmi les 7 cas de ce genre antérieurement publiés en Russie.

CH. AUDRY.

Dermatose chronique.

Sur une dermatose chronique constituée par de la desquamation, de la pigmentation et de l'atrophie (Über eine mit Schuppung, Pigmentierung und Atrophie der Haut ein hergehende chronische Dermatose), par E. MEIROVSKY, *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXV. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. III, p. 54.

Homme de 29 ans, malade depuis 3 ans : Rougeur et desquamation ayant débuté sur les bras, pour se généraliser ; la maladie va en augmentant. La peau du front est sèche, squameuse ; celle de la poitrine atrophie, sèche, formes recouvertes de squames minces. Ilots de peau saine. La peau des bras est brune, etc. M. exclut le psoriasis, etc. Au microscope : œdème et infiltration du corps papillaire ; hyperpigmentation, parakératose, acanthose. Dégénérescence collacienne du tissu conjonctif.

CH. AUDRY.

Dermites diverses.

Existe-t-il une dermatose spécifiquement dysménorrhéique (Gibt es eine spezifisch dysmenorrhoeische Hauterkrankung), par F. WIRZ, *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXVI. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. III, p. 37.

A propos d'une femme présentant des lésions de la poitrine qui apparaissent brusquement après un ou deux jours de douleurs, W. examine la question de la dermatose dysménorrhéique de Matzenauer et Polland ; il assimile celle-ci aux gangrènes cutanées multiples, neurotiques, anciennement décrites par Renaut, Chvostek, etc. (urticaire gangréneuse de Renaut). Il n'admet pas la théorie de Polland et Matzenauer qui admettent une ovariotoxine circulant dans le sang. Il pense qu'il s'agit simplement d'un exanthème menstruel, et pas du tout d'une maladie spécifique. Pas davantage l'étiologie angioneurotique (Kreibich) ne paraît justifiée. Il s'agit simplement d'une réaction cutanée individuelle.

CH. AUDRY.

Un cas de dermatite dysménorrhéique symétrique (Ein Fall von Dermatitis dysmenorrhœica symmetrica), par L. BAER, *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 26a, p. 535.

Un cas chez une femme de 18 ans, atteinte de débilité mentale

congénitale, hypoplasie génitale, etc. Prurit, puis éléments urticaires et noueux, puis vésico-croûteux, survenant en des points symétriques.

Améliorations partielles par les extraits ovariens.

B. rappelle les discussions en cours sur la possibilité d'un tel processus chez l'homme.

CH. AUDRY.

Eruptions par l'adaline (Über Adalin exanthem), par H. LOEB. *Arch für Dermat. und Syph.* 1921, t. CXXXI. Analyisé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. II, p. 69.

Chez 8 sujets traités par l'adaline pendant un temps habituellement prolongé, éruption apyrétique, occupant les régions couvertes, et consistant soit en efflorescences éczématoïdes, soit en éléments érythémateux; cette éruption, jadis très rare, paraît favorisée par l'âge, la détérioration de l'état général et les privations de la guerre.

CH. AUDRY.

Dermatite des allumettiers (Ueber Streichholzschachteldermatitis), par W. FRIS. *Mediz. Klinik*, 1921. Analyisé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, p. 501.

Cette épidémie des ouvriers allumettiers a été déjà signalée. Elle consiste en une dermite des doigts, des mains, du visage, des cuisses, etc., dus à l'usage du sesquisulfure de phosphore par lequel, du fait de la guerre, on a dû remplacer le phosphore rouge.

CH. AUDRY.

Diphthérie génitale.

Diphthérie limitée au méat urinaire chez un enfant (Isolierte Diphtherie der Harnröhremündung bei einem Kinde), par R. POLLAND. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXIV, p. 75.

Garçon de 20 mois présentant, sans aucune cause connue, une inflammation du gland avec pseudomembrane autour de l'orifice du méat. La culture seule révéla la nature diphtérique vraie et pure de la lésion. Il n'y avait de diphthérie ni dans l'entourage, ni en d'autres points de l'enfant.

CH. AUDRY.

Eczéma.

Essai de désensibilisation de certains eczémas professionnels, par M. A. TZANCK. *C. R. de Société de biologie*, 4 juin 1921.

L'auteur a employé la méthode de l'auto-hématothérapie suivant la technique précisée par M. Ravaut dès 1913. 10 centimètres cubes de sang prélevé dans la veine sont injectés dans les masses musculaires de la fesse tous les 3 à 7 jours. Il a obtenu dans des cas d'eczémas professionnels 7 guérisons sur 11 cas traités.

H. RABEAU.

Erythèmes.

Deux cas d'erythème scarlatiniforme récidivant (Besnier, Brocq)
(Ueber zwei Fälle von Erythema scarlatiniforme desquamativum recidi-vans (Besnier, Brocq), par H. FUNS. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1921, n° 17, p. 199.

Deux cas de la clinique de Riehl.

CH. AUDRY.

Erythème chronique ambulant (Zum Begriff Erythema chronicum migrans), par C. BRAHNS. *Archiv f. Derm. und Syph.*, 1921, t. CXXXV. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. II, p. 158.

Erythème chronique ambulant, Erythème annulaire centrifuge, Erythème papulo-circiné migrateur et chronique sont autant de dénominations qui désignent 2 types distincts : dans un cas il s'agit d'une variété semblable à l'erythème polymorphe mais qui en diffère par ses localisations, par sa durée, par son apparition successive en différents points du corps. Le second type comprend les formes constituées par un élément éruptif unique annulaire ou en placard qui, pendant des semaines et des mois s'étend par la périphérie. B. donne une observation de chacun des 2 types.

CH. AUDRY.

Fordyce (Maladie de —).

Etude statistique et histologique sur la maladie de Fordyce (Statistical and histologic studies of Fordyce's disease), par MARGOLIES et WEIDMAN, *Archives of dermat. and syphil.*, vol. III, n° 6, juin 1921, p. 1.

La pathogénie de la maladie de Fordyce est restée longtemps obscure : on l'attribuait tantôt à une dégénérescence spéciale du revêtement épithéial, tantôt à l'ectopie des glandes sébacées. Les coupes pratiquées par M. et W. paraissent démontrer que cette affection est due à l'enclavement de glandes sébacées, enclavement que le développement embryologique de la face explique aisément.

S. FERNET.

Furonculeuse.

Traitemennt de la furonculeuse par la radiothérapie (Die Behandlung der Furunkulose mit Röntgenstrahlen), par H. SCHREUER *Münchener med. Woch.*, 1920, n° 41, d'après : *Zentralblatt für innere Medizin*, 1921, n° 19, p. 386.

La radiothérapie exerce une influence efficace non seulement sur un furoncle isolé, mais encore sur la furonculeuse en général et sur ses récidives. Il est probable qu'elle fait apparaître des substances immunisantes. S. recommande une seule dose de 15 H. de rayons durs filtrés par 4 millimètres d'aluminium.

CH. AUDRY.

Gale.

Gale norvégienne (Scabies norvegica), par A. JORDAN. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 29, p. 769.

La maladie est rare. J. n'en connaît que 27 cas publiés ; il en ajoute deux personnels. Cliniquement, cela ressemblait à un psoriasis ostréacé, ou à une dermatite exfoliative. Le deuxième malade était tabétique et mourut.

Les croûtes fourmillaient d'acares. Ceux-ci ne dépassaient guère la couche cornée ; quand ils arrivaient dans la couche malpighienne, les cellules se kératinisaient au voisinage.

En outre, lésions inflammatoires vulgaires.

CH. AUDRY.

Glandes sébacées.

Hypersécrétion localisée des glandes sébacées (Ueber lokalisierte Hypersekretion der Talgdrüsen), par O. ROSENTHAL. *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXI. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. II, p. 51.

Au voisinage de certaines dermatoses (impétigo, trichophytie), R. a observé et vu survenir brusquement de petits infiltrats durs, blanchâtres ou gris qui ressemblaient un peu à des placards de trichophytie profonde non guérie ; mais il n'y a ni inflammation, ni comédon, ni douleurs. La pression fait sortir des éléments cornés, de la graisse, des cristaux gras. Ils se reproduisent assez vite. Ce sont les résultats d'une hypersécrétion sébacée circonscrite dans des glandes restées ouvertes.

Le point de départ est l'irritation causée par la dermatose voisine, parasitaire ou non. Guérison rapide et facile (expression, massage, emplâtre à la résorcine).

CH. AUDRY.

Granulosis rubra nasi.

Etiologie de « granulosis rubra nasi » (Zur Ätiologie der Granulosis rubra nasi), par H. RITTER. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 18, p. 366.

Chez une fillette atteinte de tuberculose ganglionnaire, de tuberculides papulo-nécrotiques, etc., il existait une *granulosis rubra nasi* qui disparut après inoculation de tuberculine (Ponndorf).

R. se demande s'il ne faut pas ranger *granulosis rubra nasi* dans les tuberculides, comme le font la plupart des auteurs français.

CH. AUDRY.

Hypertrichose.

Sur l'hypertrichose lanugineuse, primaire (Über Hypertrichosis lanuginensis, s. primaria), par K. MENSE. *Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg.*

Pathol., 1921, t. LXVIII. Analyisé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. II, p. 162.

A propos d'un homme velu (appelé Lionel). On a considéré cet étrange cas comme tenant à un arrêt de développement ayant empêché la chute du lanugo primitif qui se transformeraient en poil, d'où l'appellation d'hypertrichose lanugineuse. M. préfère l'appellation d'h. primaire, car l'hypertrophie porte aussi sur des éléments (cheveux, sourcils, cils) qui ne font pas partie du lanugo. M. insiste aussi sur l'existence d'anomalies importantes des dents qui manquent en grande partie. Le maxillaire est également atrophié. L'arrêt de développement porte non seulement sur les gaines de poils, mais aussi sur les germes dentaires.

CH. AUDRY.

Infection cutanée.

Infection varioliforme pemphigoïde par pyocyanique chez un nourrisson.
(Ueber eine pockenähnliche pemphigoïde Pyocyanus-infektion bei einem Saugling), par E. ZURHILLE. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXIV, p. 300.

Un garçon de 3 mois, bien portant, présente de la fièvre, une éruption vésico-pustuleuse sur l'abdomen, puis sur les extrémités. Apparition d'éléments pemphigoïdes, puis téribrants. Mort rapide. Le liquide des bulles donne des cultures pures de bactérie pyocyanique. Au microscope, infiltration nécrotique du derme.

CH. AUDRY.

Kératome palmo-plantaire.

Kératome palmaire et plantaire héréditaire avec de nombreux streptocoques dans les vacuoles striées de la couche cornée et troubles de la sensibilité (Ein Fall von Kératome palmaire et plantaire hereditarium mit zalkreichen Streptocokken in der strichweise vakuolisierten Hornsicht und Sensibilitätsstörungen), par Nass. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXIII, p. 338.

Le titre résume l'observation qui présente en outre des accidents érythémato-pustuleux, de l'extension au dos des pieds, un état atrophiique des phalangines.

CH. AUDRY.

Lèpre.

La lèpre peut-elle guérir spontanément? (Kann Lepra spontan heilen?) par A. DE MAGALHAES. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 32, p. 857.

Un homme, qui eut deux frères et une mère lépreux, fut lui-même atteint; la maladie évolua entre 15 et 27 ans. A ce moment, elle s'est arrêtée; les symptômes ont rétrogradé et l'homme est encore bien portant à 62 ans, présentant toutefois les cicatrices et déformations cica-

tricielles habituelles de la peau, mais sans aucune trace d'un processus actif.

M. rappelle quelques observations semblables de Daniellssen, de Kaurtin, etc.

CH. AUDRY.

Leucémie.

Eruption pemphigoïde dans un cas de leucémie lymphatique (Ueber pemphigoïde Hauteruption in einem Falle von lymphatischer Leukämie), par O. SACHS. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1921, n° 26, p. 317.

S. rappelle qu'on a signalé des éruptions urticariennes, vésiculeuses, érythémateuses, etc. Il donne l'observation d'une femme de 65 ans atteinte de leucémie (125.500 leucocytes pour 3.900.000 érythrocytes, etc.) qui présenta un prurit violent accompagné de bulles sur les extrémités et la face.

Mort (lésions cérébrales). Pas d'autopsie.

CH. AUDRY.

Lichen plan.

Lichen plan chez l'enfant (Ueber Lichen planus im Kindalter), par O. KIESS. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXIII, p. 140.

Enorme travail bibliographique aboutissant à cette conclusion que le lichen plan rare chez l'enfant s'y comporte comme chez l'adulte.

CH. AUDRY.

Réaction locale au cours d'un lichen plan traité par le salvarsan argentique (Lokalreaktion des Lichen ruber auf Silbersalvarsan), par R. SPITZER. *Therap. Halbmonatsh.*, 1921, p. 116 (analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, p. 121).

La réaction évidente, se produisit après la 6^e injection, laquelle fut suivie d'une amélioration portant sur la peau et les muqueuses.

Une 7^e injection faite 2 semaines plus tard ne s'accompagna d'aucune réaction.

CH. AUDRY.

Lichen ruber.

Lichen ruber pemphigoïde avec participation des muqueuses (Ein Fall von Lichen Ruber pemphigoïdes mit Beteiligung der Schleimhäute), par E. FLEHME. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 38, p. 1.001.

Observation recueillie sur une femme de 71 ans malade depuis 3 ans (ostéomalacie) ; les accidents cutanés datent de 3 mois. Les lésions de la muqueuse buccale très prononcées sont bulleuses en 3 endroits. Les mêmes bulles se rencontrent sur les pieds. Erosions vulvaires. En outre, nombreux éléments du type ordinaire.

CH. AUDRY.

Lichen scrofulosorum.

Pathogénie du lichen scrofulosorum (Zur Pathogenie der Lichen Scrofulosorum), par G. ROSENBAUM. *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXI. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. II, p. 84.

Deux cas où le *lichen scrofulosorum* apparut après un traitement intensif de ganglions cervicaux par l'insolation.

CH. AUDRY.

Livido.

Pathogénie du livido racemosa et des altérations cutanées qui s'en rapprochent (Ueber die Pathogenese der Livido racemosa und ihr nahestehender Hautveränderungen), par HESS et W. KERL. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXIII, p. 125.

Ehrmann a distingué le *livido racemosa* de la peau marbrée : c'est un érythème saillant, bleuâtre, découpé par un réseau plus pâle légèrement déprimé. Histologiquement on trouve des altérations constantes et importantes des vaisseaux sanguins.

Cet état a paru dépendre de causes diverses (alcoolisme, syphilis, tuberculose) aux auteurs qui l'ont étudié.

H. et K. en donnent 8 observations dont quelques-unes représentent l'état anormal étendu à la presque totalité des téguments.

Ils en trouvent l'origine tantôt dans des infections telles que la syphilis, la tuberculose, ou dans l'alcoolisme, ou en cas d'artériosclérose généralisée ; ils admettent qu'il peut aussi s'agir d'une anomalie congénitale du système vasculaire de la peau.

CH. AUDRY.

Lupus pernio.

Lupus pernio. Ses rapports sur le sarcoïde de Bœck (Ueber Lupus pernio und seine Beziehungen zum Sarkoid Bœck), par O. GANS. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXIII, p. 64.

Dans ce cas (lésions du nez, des oreilles, des mains et des doigts, des orteils et des pieds chez un homme de 33 ans), l'inoculation au cobaye donna à cet animal une tuberculose avec bacilles. Les lésions histologiques étaient d'ailleurs tuberculoïdes. L'examen histologique d'une phalange ne montra que de l'arthrite banale.

G. pense que certaines variétés de lupus pernio, aussi bien que le sarcoïde sont d'origines bacillaires et tuberculeuses, car il est vraiment bien difficile d'établir une différence entre ces deux lésions qui se rapprochent histologiquement.

CH. AUDRY.

Lymphogranulome.

Lymphogranulomatose de la peau (Ein Beitrag zur Lymphogranulomatosis Cutis), par O. KREN, *Archiv für Dermat., und Syph.*, 1921, t. CXXX. Analysé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1921, p. 341.

Le point de départ se fit après un traumatisme du talon droit sous forme d'infiltrats destructeurs occupant d'abord les extrémités inférieures, s'étendant suivant les voies lymphatiques et enfin aboutissant à une éruption de nodules disséminés sur la peau. Ni douleurs, ni fièvre, ni lésions de la rate ou des ganglions lymphatiques. A l'autopsie, infiltrats semblables sur les muqueuses (bouche, estomac, intestin, bassinets, uretères, vessie) dans l'amygdale, le rein et la surrénale gauches, le cœur et le péricarde. Foie et rate sains. Au microscope, structure typique de lymphogranulome. Tuberculose pulmonaire des deux sommets.

CH. AUDRY.

Mélanose.

Sur la mélanose (de Riehl) (Ueber die Melanose (Riehl)), par W. KERL, *Archiv für Dermatologie und Syph.*, 1921, t. CXXX, p. 436. Analysé in *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, IV-45, p. 1 185.

Cette maladie, dite aussi mélanose de guerre, a été décrite par Riehl, ces dernières années, et paraît due à la misère. K. en mentionne 15 cas sur 50.000 malades; ni l'âge, ni le sexe ne paraissent jouer un rôle étiologique. Elle s'établit en quelques mois après un stade d'érythème, de prurit et de desquamation, d'autant plus rapidement que le processus inflammatoire initial est plus intense. Elle occupe les parties découvertes: joues, front, pavillon de l'oreille, parties latérales du cou; taches pigmentaires sur le dos. Le cuir chevelu est touché dans les régions temporales. Sur les mains, c'est surtout la troisième phalange qui est atteinte. La lésion débute par de petites taches lenticulaires qui aboutissent à former des surfaces diffuses. Au microscope, lésions purement dermatiques à pigmentation et cellules rondes dans la couche sous-papillaire.

Le pronostic est bon, cependant la pigmentation persiste souvent partiellement.

CH. AUDRY.

Métabolisme dans les dermatoses.

Pathologie du métabolisme et dermatoses (Stoffwechsel Pathologie und Hautkrankheiten), par E. PULAY, *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 39, p. 1.025; 1921, n° 47, p. 1.217; 1921, n° 48, p. 1.245.

P. continue la publication de ses recherches: Dans un cas de lymphogranulomatose de la peau: hyperuricémie sanguine et urinaire. Dans 2 cas de sclérodermie, augmentation considérable de la chaux dans le sang, beaucoup plus légère dans l'urine. L'examen du sang

et des urines de 3 cas de syndrome de Raynaud indique des troubles de la fonction rénale. Cholestérolémie dans un cas d'érythème polymorphe : Rétention calcaire considérable dans le sang au cours d'un lichen circonscrit de Vidal. Cholestérolémie dans 4 cas de xanthome. Hypoglycémie dans un cas de lipomatose douloureuse. A propos du lupus érythémateux, P. rappelle les travaux de Grosz et Volk qui font jouer un rôle éminent à l'influence de la lumière sur un territoire cutané modifié antérieurement par des actions microbiennes. Il résume à ce propos les expériences faites au sujet de l'influence de l'irradiation lumineuse sur les échanges nutritifs. Lui-même a constaté l'existence d'hyperuricémie sanguine. Il développe longuement une série d'arguments à l'appui de cette théorie de l'influence de la lumière sur la genèse du lupus érythémateux (A consulter dans l'original).

CH. AUDRY.

Mycoses.

Epidermophytie (Epidermophytosis), par WHITE et GREENWOOD. *The Journ. of the American med. Assoc.*, 22 oct. 1921, p. 1297.

Comme le disent les auteurs eux-mêmes, ce travail devrait être intitulé « Epidermomycoses » car, sous le nom d'Epidermophytie, il englobe à tort différentes mycoses de la peau glabre. Le but de ce travail est l'étude de 165 cas personnels. De l'ensemble de leur expression clinique, les auteurs déduisent une classification clinique des mycoses épidermiques, classification qui leur paraît être justifiée par l'impossibilité de reconnaître d'emblée quel est le champignon en jeu.

1^o Le type maculeux ou eczématif forme correspond à l'ancien eczéma marginatum de Hebra : lésions circinées, marginées, localisées aux plis :

2^o Type vésiculeux ou dysidrosique existant uniquement aux extrémités, débutant par les faces latérales des doigts et simulent la dysidrose vraie. Lorsque les vésicules deviennent purulentes, le diagnostic devient délicat avec les strepto et staphylococcies ;

3^o Le type macré n'est qu'une déformation du type précédent ;

4^o Le type hyperkératosique s'observe uniquement aux extrémités. Début par des vésicules mais évolution rapide vers l'hyperkératose prétendant à confusion avec le psoriasis et les syphilides psoriasisiformes ;

5^o Type papuleux ou lichenoïde, déformation consécutive au grattage dans les formes prurigineuses ;

6^o Mycoses unguéales.

S. FERNET.

3 cas de dermatite d'origine oïdiomycétique (Dr. Falle von Hautenzündung, verursacht durch Oidien). *Arch. f. Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXIV. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. XI, p. 353.

3 cas de dermatite pustuleuse (pied, jambe, aine) dont les pustules contenaient un oïdium. L'inoculation du pus donna des pustules d'où

l'on isola le champignon initial. La macération épidermique joue un rôle essentiel. En culture, on obtient des levures qui se filamentent en vieillissant. Au contraire, sur la peau, le développement est filamenté.

CH. AUDRY.

Sur une oïdiomycose étendue évoluant sous forme de miliaire rouge
(Ein unter dem Bild einer Miliaria rubra verlangener Fall von ausge-
dehnter Oidiomycose) (Miliaria rubra oidiomycetica), par G. MIESCHER.
Dermatologische Wochenschrift, 1921, n° 49, p. 1.265.

M. et d'autres auteurs ont publié quelques cas de dermatites pustuleuses en placards dus à des oïdiomycètes, qu'il ne faut pas confondre avec d'autres oïdiomycoses telles par exemple que l'interdigitale. M. donne l'observation d'un homme de 28 ans qui, au cours d'une infection grave (mastoïdienne), présenta des sueurs profuses et une poussée généralisée de miliaire rouge, dont quelques éléments devinrent pustuleux. Les pustules contenaient une levure parfois associée à des staphylocoques, plus souvent à l'état de pureté ; elles donnèrent des cultures d'un oïdium et ces cultures fournirent des inoculations positives.

CH. AUDRY.

Hémoculture de Trichophyton gypseum dans un cas de trichophytie profonde avec lichen trichophytique (Coltura di Trichophyton gypseum dal sangue circolante in tricofizia profonda con lichen trichophyticus), par G.-A. AMBROSLI. *Atti della Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche*, vol. X, fasc. 4.

Jadassohn qui décrivit le premier le lichen trichophytique en admit l'origine exogène et crut la démontrer par voie expérimentale.

D'autres auteurs soutinrent la théorie hématogène par action, soit du parasite, soit de ses endotoxines. En obtenant une hémoculture positive dans un cas de kérion accompagné de lichen trichophytique, A. apporte une preuve à l'appui de cette hypothèse.

PELLIER.

Sur les formes de trichophyton isolées au Japon (Ein Beitrag zur Studie der Pilzarten bei Trichophytenerkrankungen in Japan), par T. KAMABAYASHI. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie*, 1919, t.-XIX, fasc. 6, p. 20.

K. a obtenu des cultures pures 22 fois sur 37 cas étudiés à Tokio. 10 fois il s'agissait de trichophytons, 4 fois d'épidermophyton, 7 fois de microsporons. Parmi les cas de trichophytie de la peau glabre, K. trouva 4 fois du T. gypseum, 1 fois du T. cérébriforme et violaceum, 4 fois de l'épidermophyton et 2 fois des microsporons. Dans le cuir chevelu, il trouva 1 fois du cérébriforme ; 3 fois du violaceum, et 6 fois 2 variétés de microsporon. Dans un cas onychomycose, il s'agissait de gypseum.

Sur 4 cas de gypsumum, il s'agissait 3 fois de la variété rare dite granulosum.

Dohi a raison de dire qu'au Japon, trichophyton et microsporon se rencontrent dans la trichophytie du cuir chevelu.

L'épidermophyton s'observe non seulement dans le pli inguino-crural, mais aussi sur les paumes, les fesses, la nuque.

K. a trouvé une fois un microsporon dans une région glabre, microsporon pathogène pour les animaux.

Dans 2 cas sur 3, la trichophytie palmaire présenta un gypsumum granulosum.

C'est la première fois qu'on isole au Japon un trychophyton gypsumum granulosum, un gypsumum lacticolor et le cérébriforme.

CH. AUDRY.

Trichophytide tardive scarlatiniforme après angine lacunaire (Scarlatiniforme Spattrichophytid nach Angina lacunaris, mit in Abheilung begriffenen Primärherd am Handgelenk), par NÄGELI. *Arch. f. Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXIV. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. XI, p. 352.

N. rapporte un cas de trichophytide scarlatiniforme semblable à celui de Sutter. Il n'y avait de champignons ni dans le placard initial du poignet, ni dans les manifestations secondaires. On ne peut donc pas admettre une embolie mycosique. N. croit à une mobilisation de trychophytotoxines. Comme dans la tuberculose l'allergie n'est pas toujours d'origine spécifique, on peut admettre que dans ce cas, l'angine lacunaire qui avait précédé les accidents de généralisation a pu fournir une toxine qui a joué le rôle d'un antigène non spécifique.

CH. AUDRY.

Mycosis fongoïde.

Un cas de mycosis fongoïde (Case of mycosis fungoïdes), par George PERNET, *Proceedings of the Royal Soc. of Med. (Derm. Sect.)*, août 1921, p. 83.

A l'occasion d'un cas typique de mycosis fongoïde P. attire l'attention sur les bons résultats qu'il a obtenus dans cette affection par le sulfate de quinine qui influence non seulement les lésions cutanées mais aussi l'état général des malades en diminuant les symptômes subjectifs et en augmentant leur poids.

S. FERNET.

Sur la clinique et l'histologie du mycosis fongoïde d'emblée (Zur klinik und Histologie der Mycosis fongoïdes d'emblée), par J. MAGR. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXIII, p. 185.

Deux observations (1 homme, 1 femme).

CH. AUDRY.

Névrodermite.

Neurodermite et carcinome du clitoris chez une jeune fille (Neurodermitis und Klitoriskarzinom bei jungem Mädchen), par H. MÜLLER. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXIV, p. 70.

Chez une vierge de 24 ans, outre des éléments lichénifiés et pruri- gineux occupant le front, les joues, le coude, il existe sur la zone ano- génitale des surfaces végétantes. L'examen d'un fragment du clitoris montre l'existence d'un carcinome.

M. rappelle quelques cas comparables de dermatites végétantes ou de papillomatose diffuse évoluées vers la malignité.

CH. AUDRY.

Nœvus.

Sur le nœvus bleu (Beitrag zur Kenntniss des blauen Nœvus), par SATO. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 41, p. 1.073

Cette variété de nœvus décrite dans le service de Jadassohn par Tchêche consistait en une tache ronde d'un bleu noir située à côté de l'angle externe de l'œil droit. Elle datait de l'enfance. Au microscope, épithélium normal, chromatophorome entièrement développé et localisé dans le derme, non ferreux, tout à fait comparable à la tache bleue mongolique. Au reste, il faut distinguer ces faits de certains nœvus vulgaires vrais, à nids épitheliaux, qui s'offrent comme de couleur bleuâtre, mais dont la structure est différente.

CH. AUDRY.

Sur le nœvus anémique (Zum Wesen der Nœvus anemicus), par R. WAGNER. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 36, p. 943.

Après Naegli, W. donne 2 brèves observations de nœvus anémique prises sur les sujets présentant un syndrome de Recklinghausen faiblement développé.

Dans 3 cas, la systématisation du nœvus était conforme à l'idée de Buschke qui veut y voir un nœvus nerveux ; 2 autres fois, il était associé à des adénomes sébacés.

CH. AUDRY.

Sur les nœvi cartilagineux branchiogènes de l'oreille et du cou (Zur Kenntnis der sogenannten Ohr- und Halsanhänge (branchiogene Knorpel nœvi)), par H.-W. SIEMENS. *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXII. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. II, p. 62.

Il s'agit des tumeurs chondroblastoides, nœvi cartilagineux, qui s'observent près de l'oreille et sur le cou. Il en donne six observations personnelles et les décrit avec soin. Les lésions de ce genre de l'oreille s'observent une fois et demie sur 100 personnes, et cette lésion est double 0,9 %. Elles sont anatomiquement en rapport avec l'oreille

externe, et l'on en rencontre souvent chez les animaux. Elles sont héréditaires bien moins souvent que les fistules branchiales. Les nævi cartilagineux auriculaires sont en rapport avec la première fente branchiale et ceux du cou avec la seconde. Leur étiologie reste obscure.

CH. AUDRY.

Sur un nævus lipomatode cutané superficiel de la fesse gauche. Über einen nævus lipomatodes cutaneus superficialis der linken Glutæalgegend, par E. HOFFMANN, et E. ZURHELLE. *Arch. für Dermat. und Syphilis*, 1921, t. CXXX. Analyisé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, p. 343.

Nævus systématisé de la fesse gauche d'un homme de 25 ans, semblable à un nævus sébacé : élevures jaunâtres, papuleuses, etc. Au microscope point de cellules de nævus, mais des inclusions d'alvéoles graisseuses dans le derme, indépendantes de la graisse sous-cutanée. Les faisceaux conjonctifs du voisinage se colorent mal. Le tissu graisseux peut donc constituer des nævi.

CH. AUDRY.

Ongles.

Onychogryphose et ichtyose hystrix linéaire (Onychogryphosis und Ichtyosis hystrix linearis (*Nævus ichtyosiformis*)), par J. HELLER. *Der matologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXIV, p. 162

Femme de 54 ans, les lésions datent de l'enfance ; elle présente sur les côtés des pieds des trainées d'ichtyose linéaire verrueuse avec des lésions onychogryphosiques des orteils.

CH. AUDRY.

Pachydermie vorticillée.

Pachydermie occipitale vorticillée (Cutis verticis gyrata, JADASSOHN, et UNNA), par A. SPRINZ. *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXII. Analyisé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. II, p. 62.

Exposé sous forme de tableau des documents actuellement connus. Dans un cas personnel, l'examen microscopique montre des lésions inflammatoires qui, de l'avis de S., ne jouent pas un rôle étiologique. Il pense que l'on peut admettre que la *cutis verticis gyrata* représente une anomalie du développement de la peau, héréditaire, d'origine embryonnaire, apparaissant tardivement, et rentrant dans la classe des nævi. Il décrit un cas de tumeur nævogène consécutive à un traumatisme qui présentait à sa surface des replis et des sillons comme la *cutis verticis gyrata*.

CH. AUDRY.

Pemphigus.

Pemphigus végétant avec cristaux de Charcot-Leyden dans les efflorescences cutanées (Über einen Fall von Pemphigus végétans mit Charcot Leydenschen Krystallen in den Hauteffloreszenzen), par R. SCHERER. *Med. Klinik.*, 1921, n° 24. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. II, p. 174.

Spontanées, ou provoquées par des emplâtres cantharidés, bulles et végétations contenait soit dans les tissus, soit dans les éosinophiles des cristaux de Charcot-Leyden, qui se multipliaient dans la chambre humide. On sait que ces cristaux sont intimement liés à la « sécrétion éosinophile ».

CH. AUDRY.

Sur l'étiologie de la tourniole et du pemphigus des nouveau-nés (Zur Aetiologie der Fingerkuppenimpetigo (Tourniole Sabouraud) und des Pemphigus neonatorum), par E. DELBANCO. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 18, p. 362.

Observation d'une femme atteinte de tourniole du doigt (avec staphylocoques), laquelle eut un enfant qui succomba à un pemphigus.

CH. AUDRY.

Un cas de pemphigus épidémique mortel du nouveau-né constaté après la naissance, par MM. FABRE et BOUDET, *Lyon Médical*, 10 juillet 1921.

Infection staphylococcique au sujet de laquelle les auteurs insistent sur le fait que ce pemphigus épidémique peut être dans certains cas assez rares, constaté comme dans le pemphigus syphilitique, dès la sortie de l'enfant.

JEAN LACASSAGNE.

Pityriasis rubra.

Deux cas de pityriasis rubra pilaire (Zwei Fälle von Pityriasis rubra pilaris), par GAERTNER. *Arch. f. Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXIX. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. II, p. 174.

Une des observations est intéressante parce qu'elle constitue le premier cas où on constate l'hérédité (paternelle). Une exacerbation se produisit au niveau de la biopsie. Pas de contact avec la tuberculose. La maladie du fait de l'hérédité doit être ranger dans les « genodermatoses » de Meirovsky.

CH. AUDRY.

Purpura.

Sur le purpura papuleux de Hebra (Ein Beitrag zur Kenntnis der Purpura papulosa Hebrae), par H. MENZE. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXIV, p. 155.

Homme de 26 ans, présentant ses premières taches hémorragiques en 1917. En 1919, éruption papulo-hémorragique généralisée, avec localisation sur les membres : les lésions débutent par un infiltrat hémorragique lenticulaire qui devient saillant, s'excorie et s'efface. Aucun signe de tuberculose et de syphilis (la lésion est passablement syphiloïde). Aucune altération humorale ou viscérale. Au microscope, épiderme acanthosique érodé et croûteux au centre ; parakératose, infiltration de l'épiderme par les globules rouges. Dans le derme, territoires hémorragiques, infiltration inflammatoire péri-vasculaire.

Aucune étiologie précise.

C'est un type de purpura papuleux de Hebra, *lichen lividus* de Willan. La maladie est rare, souvent grave, habituellement, mais non toujours localisée aux extrémités et associée à un certain degré de cachexie.

CH. AUDRY.

Recklinghausen (Maladie de —).

Maladie de Recklinghausen ; ses rapports avec le système endocrinien (Recklinghausen's disease : its relation to the endocrine system), par LEVIN, *Arch. of Dermat. and Syph.*, septembre 1921, p. 303.

A l'occasion d'une observation personnelle, L. passe en revue les cas de maladie de Recklinghausen dans lesquels les glandes endocrines ont été incriminées. Dans son cas personnel le syndrôme de Recklinghausen s'accompagnait de pigmentation, d'affaiblissement physique et mental traduisant l'insuffisance surrénale et pituitaire. L. pense que des signes d'insuffisance pluriglandulaire existent constamment dans la maladie de Recklinghausen, mais qu'ils ne sont pas toujours recherchés avec soin.

S. FERNET.

Radiothérapie.

Sur la microscopie capillaire dans l'érythème radiothérapeutique (Ueber die Mikroskopie des Röntgenerythems), par O. DAVID. *Zentralblatt für innere Medizin*, 1921, n° 35, p. 697.

En utilisant l'examen microscopique des capillaires chez le vivant (technique de Müller et Weiss), D. a vu que dès le second jour, on pouvait apercevoir une dilatation des capillaires dans la portion adjacente aux veines, tandis que l'érythème ne se manifestait que 4 jours plus tard.

CH. AUDRY.

Le Gérant : F. AMIRAL.

